

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Contribución al estudio del citodiagnóstico y tratamiento de
la tuberculosis pulmonar**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Juan de la Rosa e Illanes

Madrid, 2015

Contribucion al estudio
del citodiagnostico y tratamiento
de la tuberculosis pulmonar.

1

Excmo. e' Ilmo. Sr.:



Siempre es de actualidad el importante problema clínico de que voy a' ocuparme. Así al menos lo comprueban tantos Congresos de sabios realizados en nuestros días con el solo objeto de comunicar sus estudios relativos a' la evolución, marcha y principalmente tratamiento de la tuberculosis pulmonar, así también las informaciones abiertas por las

22

Antoridades locales de los principales pueblos de
nuestra Peninsula para ver de amenorar el nú-
mero de defunciones provocadas por tan terrible
como extendido padecimiento. El problema pues, no
ha sido resuelto por desgracia, lejos de eso las estadís-
ticas censan una progresión ascendente aterradora
en la morbilidad y mortalidad del proceso tuber-
culoso y todos y cada uno de los que formamos en
la honrosa milicia de las Ciencias Médicas tenemos
el deber ineludible de acudir con nuestro esfuerzo
grande o pequeño al campo de la lucha, aporta

datos, investigaciones, estadísticas y resultados clínicos hasta dejar vencido a ese terrible agente destructor de la humanidad.

Por esto yo, señores, el último de los soldados en esa perniciosa batalla, vengo con un pobrisimo esfuerzo, aunque este solo sirva para demostrar un buen deseo coartado por la escasez de mis conocimientos.

Bien comprendo, que el asunto es grande y mis fuerzas pocas, pero el que da lo que puede habrá cumplido con el mundo y con su conciencia y estas

consideraciones me animan.

Se viene afirmando sin rebozo, a los cuatro vientos que la tuberculosis es curable y esta afirmación llega al pueblo que ve morir cada año un número crecientísimo de sus parientes y amigos por tan despiadada enfermedad. Tiene aquel por tanto derecho para establecer el siguiente dilema ¿es curable? pues entonces porque tan espantosa mortalidad ¿no lo es? porque y para que esa afirmación pretenciase que destruya cruelmente el corazón con la triste realidad de los hechos.



Desde luego se comprende que la afirmación no es, no puede ser gratuita porque está hecha por hombres honrados y porque así lo confirman casos repetidos. Lesiones pulmonares de origen indudablemente tuberculoso se han visto más de una vez curadas por procedimiento natural en autopsias de la mayor exactitud científica.

Pero de esto que encierra una verdad práctica a las conclusiones que del hecho afirmado pueden sacarse y se sacan hay alguna distancia por violencia en la deducción. Disfrutando las premisas y

violentando las conclusiones se llega fácilmente a conceptos erróneos.

El hecho comprobado por autopsias solamente demuestra la conclusión siguiente: el proceso tuberculoso puede sufrir en los tejidos transformaciones por circunstancias casuísticas desconocidas, fincas quimicas o vitales que lo conviertan en un tejido cicatricial compatible con la vida del enfermo.

Claro que con esto hemos dicho que es curable porque este ha sido el hecho final; pero para prevenir confusiones debemos expresarlo diciendo: 1.º la tuberculosis

localizada es curable: 2º el procedimiento de cura "nos es desconocido hasta hoy y en su busqueda se están efectuando infinitos trabajos de laboratorio y clínicos con la esperanza de encontrarlo. Mientras esto no se consiga nosotros no sabremos curar el dicho padecimiento.

Al explicar el asunto ya puede aceptarse y nadie tendría derecho a exigir del médico que cure a un físico, ser querido cuya vida se extingue, como pudiera hacerlo con la aserción de curabilidad inculcando de negligencia al encargado de asistirlo.

Pero sigamos insistiendo en el hecho para apri-

lo en sus diferentes aspectos. La curación encontrada lo ha sido casi siempre en las cavernas del pulmón y en este proceso debemos distinguir dos cosas: el factor bacillus causa primera y determinante del mal y la necrobiosis más o menos extensa con su trabajo reactivo local y general en el cual se comprende la formación del pus, sus reabsorciones, las fiebres sintomáticas, los sudores consecutivos, las alteraciones digestivas, apépticas, diarreas, la tos, los espectorados, la consumición, el cuadro fisiológico completo. Hay pues dos factores en el problema, el agente causal

y las consecuencias precisas de su localización
aparte sus reacciones inflamatorias y tóxicas.

¿Sobre cual de los dos han obrado las fuerzas cu-
radoras desarrollando el procedimiento salvador.

¿Sobre el bacillus? ¿Sobre los tejidos supurantes con-
virtiéndolos en otros impenetrables para aquel?

Antes de afirmar nosotros por tanto la curabi-
lidad de la tuberculosis en el campo clínico debemos
poseer o el conocimiento de un agente capaz de
despertar la fagocitosis y de consumir la poten-
cia virulenta del bacillus ya inactivado de

pronto o ya aniquilando sus condiciones de vida allí mismo donde anida y tiene sus elementos de cultivo; o el empleo de sustancias que modifiquen la nutrición de los tejidos afectados y varíen sus reacciones vitales hasta hacerlas incompatibles con la vida de aquel, mediante neoformaciones cicatriciales en los puntos ulcerados.

De este modo el bacillus moriria por un modo indirecto encerrado dentro de férreo círculo que le impide recibir sus elementos de resistencia.

Quedamos pues en que la tisis o el proceso tuber-

culoso localizado en los pulmones se ha curado al-
 gunas veces por una serie de circunstancias desco-
 nocias fortuitas que no sabemos precisar si han
 obrado sobre el agente específico o sobre los medios
 de cultivo, pero que pueden comprenderse en los
 términos generales de resistencia orgánica, tenden-
 cia natural conservadora de los tejidos vivos o de
 fuerza vital. ¿Quién ha despertado estos medios
 de defensa y de que proceso se ha valido la na-
 leza? Estos son precisamente los puntos esenciales
 de la investigación, la grande incógnita.

la cual dirigen y han dirigido sus esfuerzos todos los sabios y cuyos diferentes procedimientos forman la historia completa del tratamiento de la tuberculosis hasta nuestros días.

Estudiense los clásicos, recorranse las revistas, vístense las Clínicas y asombrarán los esfuerzos verdaderamente titánicos para descubrir el secreto mítico de esas curaciones hechas por la naturaleza y observadas o mejor dicho sorprendidas por el hombre. La tuberculina, los sueros de la creosota y sus derivados, como especi-

cos antibacilares, las inyecciones intraparenquimatosas en el lugar afecto, las inhalaciones más variadas y la interminable lista de medicamentos internos y externos se han sucedido, siempre obedeciendo a la doble indicación terapéutica antes indicada. Y así hemos venido recorriendo el mismo camino del tratamiento de la tuberculosis, siempre derrotados, nunca vencedores, viendo como consoladoramente la estadística de mortalidad como una mofa de una fuerza destructora.

Una esperanza ligera, un rayo de luz en las

tinieblas de las negaciones curativas, nacieron al vidrearse primero la idea de la cataforosis franklinica con formalina iniciada por el profesor Crötte y la obra magistralmente escrita y humanamente concebida por el profundo pensador y clínico Dr. Don Abdon Sanchez Herrero.

Aspira el primero a conducir el agente medicinal, por la accion conocida de las corrientes de alta tension, al sitio lesionado, y alli mismo matar el bacillus, es decir destruir la causa. Llega el segundo a considerar resuelto el problema

=

15

nos anuncia el tratamiento curativo de la tuberculosis, principalmente de la pulmonar en todos sus periodos mediante el cinamato de sosa, un fijador directo de las lesiones locales. La exposicion de ambas doctrinas sus resultados clinicos y las consideraciones que de estos he podido sacar seran el objeto o finalidad de esta memoria.

Pero antes debemos hacer constar que la cuestion del tratamiento tiene tres puntos de vista bien distintos y de cada uno de ellos deben resultar apreciaciones diferentes: son aquellos, el anfiteatro, el

gabinete y la clínica. A través del primero pudo distinguirse la caverna del pulmón perfectamente curada y que el proceso segundo por la naturaleza había sido un trabajo de calcificación perfectamente confirmado por el pneumolito, o una formación cicatricial de tejido conectivo.

Como era lógico, de estos hechos nació el grupo de medicamentos que tan en boga estuvieron largo período de años: clorhidrofosfatos, glucofosfatos, lactofosfatos y todos sus derivados en formas magistrales y de específicos hasta constituir una ver-

ladera industria.

Por el segundo una vez conocida, la evolución microbiana en el hombre en sus diferentes tejidos, sus transmisiones a otras especies animales, sus asociaciones, afinidades y sus cultivos se procedió a la investigación de los agentes para destruirlos. & dichos estudios vinieron al tratamiento la tuberculina, los sueros, las inyecciones, inhalaciones, diuitoterapia acroterapia y hasta la inoculación de cultivos o bacillus mortíferos para los primarios en este sentido curadores del mal en cuestión,

Desde el punto de vista tercero ó clínico no se mira esta enfermedad como entidad independiente, se la estudia en el individuo vivo y por tanto es el enfermo, su campo de observación, con lo cual varían notabilísimamente las condiciones del observador.

Aceptada sin reserva la teoría bacilar de Koch, el agente que provoca la tuberculosis se conoce desde su nacimiento hasta su muerte. Se le ha visto en período de espora, en el de bacillus, se le ha sorprendido perforando la célula, minándola

y destruyendola, se han apreciado la intensidad de su virulencia, su atenuación mediante cultivos, su acción a través de los testigos y hasta las condiciones que pueden provocar la plenitud de su vida y las precisas para su muerte, pero desde el momento que se estudian los fenómenos que provoca en el enfermo, las consecuencias van a ser tan variadas como estas. En uno veremos el trabajo ulcerativo rápido, la caverna, la propagación por vecindad, la infección por forina la alta fiebre poco remiterente y por último la

alteracion profunda de todas las funciones llegando a constituirse el estado caquetico en corto espacio de tiempo.

En otro dominarian los hemoptisis, la disnea, la tos quinitosa, la matidez por placas o zonas, las grandes elevaciones toracicas y casi sin descanso en una rapidissima venenos ocurrir su muerte sin alcanzar el periodo ultimo de profunda demacracion.

En un tercero los fenomenos seran subagudos, lentos con el mismo cuadro pero de menor abg

borrosas que se agudiza y decrece por periodos, a los cuales el enfermo llama catarro y cuyos sintomas estan en una relacion exacta con brotes de congestión y fusión por placas, que se limitan bastante bien auscultando y percutiendo. Estos enfermos tienen periodos de remisión a veces bastante largos hasta simular curaciones, aunque siempre llegan al mismo terminio a través de placas prolongadas.

Vemos pues que no constituye todo el problema en clinica el conocimiento del agente bacilar,

que varían mucho las consecuencias de este en cada individuo y que el tratamiento depende más del estudio del enfermo que de la causa del mal. Y cuidado que las modalidades patológicas no se limitan a las expuestas pues varían hasta el infinito.

Hay pues que contar para resolver este problema práctico con un factor esencialísimo, tanto como el bacillus, que es la fuerza reactiva y sus variedades en cada enfermo.

Esta se observa en la naturaleza a cada paso,

es decir que aunque la semilla sea siempre la misma, sus productos son variables porque dependen del terreno en que han de germinar y reproducirse. El grano de trigo da cosechas muy variadas según el sitio y las condiciones accidentales del cultivo.

Por esto se distinguen tierras buenas y malas y por ello también años abundantes y escasos. El hombre como terreno de cultivo para la semilla tuberculosa no había de estar fuera de las condiciones generales, y tiene sus diferencias de

cosecha, desde la que corresponde al abono de la predisposición hereditaria y de la adquirida, la del refractario que mata en germen la semilla por una fuerza orgánica fagocitaria.


Entre la importancia química del agente productor y la del terreno vivo en que se desarrolla, se ventila una de las cuestiones más arduas a mi ver de la práctica médica. Verdad que un bacillus no se da el padecimiento y verdad que la inoculación de aquel produce la enfermedad; pero verdad muy clara es también, confirmada diaria

mente que en el hombre viven muchos bacillus, el de Ebert por ejemplo, y numerosos pneumococos, estreptococos y estafilococos etc que no dan señales de su existencia por los padecimientos que debían desarrollar. No hace mucho se analizaron las aguas de Sevilla y se encontraron los bacilos de Ebert sin que en la población se dieran casos de fiebre tifoidea.

Hay pues que conceder que además del agente se necesita otra condición, la receptividad la cual tiene casi tanta importancia como el pri-

mero puesto que sin aquella este otro no entra en acción. A ninguna de ella puede darse prioridad porque viven y se desarrollan unidas en sentido de causalidad.

No quiero provocar aquí la cuestión de la importancia microbiana en la etiología pues no es este mi objeto, pero debo dejar sentado que el clínico no puede prescindir para el tratamiento de las dos fuerzas dichas, la de reacción y la de receptividad, ambas importantísimas y completamente individuales.



Y no es que yo quiera quitar importancia al bacillus sino que deseo ver al enfermo en sus dos actores. Yo creo que la vida se nutre de vida; y por tanto que los seres microscopicos son esencialmente necesarios para el sostenimiento de todos los seres mayores y del hombre. Los alimentos pueden nutrir los organos ponerlos los unos; la funcion de estos el fisiologismo y el patologismo tienen su origen en la célula viviente en los microorganismos. Son estos pues la cuerda del reloj, cuerda que se renueva incesantemente

con el uncer y el morir de dichos seres.

La perfecta relación de estos dos factores o fueren constituye la vida en su aspecto fisiológico, el desequilibrio en el patológico ¿de donde nace este desequilibrio? puede ser de la exuberancia de vida, del exceso de reacciones, como de la falta o empobrecimiento de las células primeras; también de los productos o excreciones de las mismas seres, de la acumulación de estos en el organismo, de las reacciones inflamatorias que estos producen como cuerpos extraños, de las autoinfecciones y

de las alteraciones provocadas por causas externas o traumáticas.

Cualquiera que fuese, alterado el equilibrio, en el medio de cultivo sigue siendo el que era, ni los seres que allí pululaban dejarán de modificarse siendo el resultado preciso, más lento o rápidamente la manifestación patológica grande o chica.

De este concepto clínico nacieron al tratamiento antituberculoso para favorecer las fuerzas del enfermo, la quina y todos los amargos, el aceite de

3
higado de bacalao y todas las emulsiones; los ar-
senicales con sus derivados como dietilas y antemul,
la supra alimentación y en general los tónicos
de uigenta; los medicinales y los de localidad ya
na.

Yo cumpliendo con el lema de esta memoria ne-
cesito concretar mis ideas estudiando solo dos pro-
cederes del tratamiento de la tuberculosis que han
sido objeto de mis observaciones clínicas en estos
últimos tiempos.

Para ello pienso dividir este trabajo en dos partes.

=

Basandome en la afirmación clínica del celebre Dr.
Graucher notable autoridad en la materia y de otros
no menos distinguidos especialistas que dicen que
dicha enfermedad es tanto mas curable cuanto
mas pronto se le conoce o diagnostica dedicare
primera a la exposición abreviada de todos los sín-
tomas llamados prenunciantes o indicadores del
principio de la invasión bacilar en el aparato
respiratorio como base fundamental y precisa
de la indicación terapéutica.

En la segunda estara la exposición ligera de la

doctrina del tratamiento por las corrientes eléctricas o catáforesis con las historias clínicas por mí observadas y los resultados obtenidos, así como también los conseguidos por el cirujano de 1858.

A dicho estudio seguirán las conclusiones prácticas que según mi entender deban sacarse.

No tengo la pretensión de traer nada nuevo en tan difícil materia; en mi edad mis mis condiciones autorizan para operarlo, pero si las estadísticas se forman sumando y con ellas la ciencia

33

*adelanta, en beneficio del paciente, alla van
mis datos pobres pero sinceros.*



Conocer pronto una enfermedad, distinguiéndola de cualquiera otra con que puede confundirse es el primer paso para el tratamiento científico de la misma.

Por eso los síntomas premonitores o procesos del proceso tuberculoso han ocupado con preferencia el estudio de los que buscan la curación del mismo. Inteligencias tan privilegiadas como las de Graucher, Hanot, Peter, Feissner y otros nos exponen minuciosamente todas aquellas síntomas que pueden preludiar el padecimiento, antes de

constituirse con las señales evidentes de lesiones anatómicas profundas.

Diagnosticar un tuberculoso cuando se trata de un pobre consumido, febril, inapetente, con sudores profusos, expectorados abundantes, espesos, más densos que el agua, con zonas extensas de matidez, estertores cavernosos, respiración broncal de ruidos compensadores, débil y que al examen microscópico demuestra la existencia de gran número de bacillus de Koch, es hoy y hasta tanto no se tenga un agente específico

de tratamiento, conocer un condenado a muerte, un reo en capilla sin indulto para el cual no tendremos entonces más que un sentimiento humanitario de compasión; y la Medicina no puede contentarse con esto.

Hay que estudiar la causa, explorar los testigos, averiguar los orígenes, reconocer el terreno, los antecedentes y con la diligencia de abogado defensor, aprovechar hasta el último de los argumentos, sacar todo el partido posible en favor de nuestro satrocinado, recavando del Tribunal inapelable

de las fuerzas vivas de su naturaleza, el fallo más benigno y arrancándole una víctima de aquella última pena, estigma de la ciencia de curar el presente.

Esto es lo que se busca con el estudio de los síntomas premonitores y por eso su importancia es tanta como la del mismo tratamiento con el cual se confunde. ¿Cuántos enfermos que se han llamado catarróicos, dispepsicos, congestivos y hasta neurasténicos por examen superficial, han sido después tuberculosos, los cuales diagnosticados en aquel período primitivo de la invasión bacilar y de abono del tumor.

hubieran podido librarse de una muerte segura? ¿Cuántos otros de los reconocidos como de fiebre gástrica aguda y hoy de infecciosas sostenidas, son también portadores del bacillus, en el periodo de incubación, en la traua pulmonar con sus reacciones pirógenas? En todos ellos, no lo dudemos, el tratamiento curador, cuando lo hay, estriba en el diagnóstico anticipado si así puede llamarse porque en realidad esta palabra significa solo un mejor observación clínica.

Por esto pienso detenerme hasta en las unas

pequeños detalles sintomáticos, imperando por todo aquello que pueda sacarse del estudio del hábito exterior, sin confundirlo con lo que ha dado en llamarse, vista médica u ojo clínico puesto que esto constituye una propiedad individual a la cual se llega solo en los últimos años de la profesión.


Tenemos en primer lugar los estigmas de degeneración que vienen distinguiéndose de antiguo en los individuos tuberculosos, muy dignos de fijar la atención del práctico.

Son estos entre otros: ojos grandes anules y de mirar triste esclerótica transparente, párpados entreabiertos, rubicundez en las mejillas, manos secas, uñas encorvadas y un rodete rojo cerca de los incisivos y caninos. Es frecuente también observar sobre la piel del pecho y espalda unas manchas amarillentas que se descaman con facilidad.

El cuello alargado, los hombros caídos e inclinados hacia adelante, la cabeza en flexión sobre el pecho y la columna vertebral con una pequeña convexidad posterior. Los espacios

intercostales anchos y hundidos las clavículas⁴¹ prominentes y las escapulas en forma de alas, la fosas supra e infraclaviculares profundas y aplanadas y cóncavas las supra e infraespinosas.

Estas diferencias de conformación se acompañan de anomalías en los movimientos respiratorios, observándose excursiones imperfectas de las costillas superiores. Se considera como indicio de estar afectos los lobulos superiores la elevación lenta y poco pronunciada de la región infraclavicular.



Es frecuente observar en la región cardíaca a causa de la amplitud y delgadez de los espacios intercostales depresiones sistólicas que no deben confundirse con las que se observan directamente en el sitio del abogase cardíaco cuando existen adherencias en las hojas pericardíacas. Esta última es producida por la tracción que durante el sistole tiende a bajar la punta del corazón al sitio donde se ha establecido la adherencia mientras la primera es determinada solamente por la presión atmosférica, merced a la cual ceden los espacios intercostales amplios y delgados cuando la presión del corazón es suficiente.

La piel palida transparente y seca deja distinguir muy bien las venas superficiales sobre todo en el cuello, manos, torax y espalda. El Dr. Tarbain insiste sobre la existencia en los trunks de venas subcutaneas muy desarrolladas que se presentan en forma de plexos varicosos de color azul con ramificaciones de tinte violaceo a cada lado del esterin. En las mejillas se nota mayor circulacion capilar con rubicundez casi permanente, y sus vasos motores demuestran una grande impresionabilidad que produce cambios de color a las mas ligeras impresiones.

Son muy frecuentes las alteraciones de los dedos de las ma-

nos que presentan una tumefacción en forma de masa de su tercera falange con una incurvación de la uña bien pronunciada. Este fenómeno es más repetido en los casos de marcha crónica.

Señala Mr. Boie como signos promotores la atrofia de la musculatura escapulo humeral. Esta atrofia que después generaliza más o menos se halla localizada al principio de la enfermedad. Otras veces interesa el hueso subclavicular que se halla más o menos retirado del lado simétrico, y otras la cavidad supra espinal que aparece menos llena que la otra. La ausencia de esta

atrofia nada significa pero su presencia hace sospechar la tuberculosis. La atribuye Boix a las alteraciones de los filotes nerviosos de la pleura que repercute sobre la medula bien por acción refleja bien por degeneración trocada o por resección a distancia.

Es tambien muy digno de tenerse en cuenta la disminución de peso rápida e insipiente sobre todo cuando no afecta solamente a las grasas el enflaquecimiento sino a todos los tejidos aunque sea en diferentes proporciones.

Debo hacer constar como contraste notable que alla

de estos típicos flacos existen otros cuya enfermedad evoluciona sin ocasionar desmejoramiento visible y hasta otros cuyo peso aumenta a medida que la enfermedad progresa y a quienes la muerte viene de improviso cuando se observa en ellos una verdadera gordura.

El dos factores puede atribuirse este hecho: o bien a la virulencia del agente patógeno o bien a la del terreno. Es muy posible que la mayor o menor virulencia del bacilo de Koch ocasiona tisis pulmonares muy variables en sus efectos sobre el organismo es decir que microbios

poco virulentos ocasionan tisis de marcha lenta con conservación de las fuerzas durante mucho tiempo, al paso que microbios muy virulentos producen tisis con rápida consumición.


Pero aunque la virulencia del germen desempeña un papel en la producción de las tisis grasas, el terreno articular ofrecido por los enfermos tiene una importancia mucho mayor presentandose casi siempre esta forma especial de evolución de la tuberculosis. Se observa en sujetos que padecen artroartrismo o coriácul. Leuonine sostiene que se da con gran frecuencia

en los artísticos y en unis rarer en los escrupulosos.
 Guignaud dice que es mas frecuente en estos ultimos.

Todo este conjunto, como puede verse a poco que sobre el reflexionemos, es independiente de la enfermedad constituida y por tanto no pertenece a su sintomatologia pues no debemos aceptar la manifestacion que es un efecto antes que la causa. Corresponden al terreno y pudieran llamarse signos aceptados por la practica para conocer el mas dispuesto a recibir la semilla con probabilidades de mayor reproduccion de la misma.

En este sentido deberían aceptarse como estigmas, los antecedentes hereditarios, pues si solo se transmite la predisposición, no el padecimiento, la historia vendrá a ser un factor importante para el conocimiento de los tuberculosos. También han de serlo los hábitos fisiológicos y patológicos del individuo porque aceptado el axioma de que el germen tuberculoso va siempre en pos de las causas debilitantes, las de este grupo pueden ser datos de probabilidad o estigmas muy dignos de tenerse en cuenta por el observador.

Fernet considera como signo de gran importancia para el diagnóstico precoz de la tuberculosis la adenopatía traqueo bronquial. Petruscky también lo admite partiendo de la consideración de que la tuberculosis pulmonar va siempre acompañada de una infección tuberculosa de los ganglios linfáticos que evoluciona de manera muy lenta. Dice que hay que esforzarse en descubrir esta infección de los ganglios bronquiales antes que el proceso invada el pulmón, indicando como signos de la adenopatía bronquial, una frecuencia exagerada del pulso, una tos coque-



luchoside que puede ir acompañada de vomitos, ranguera por parálisis de una cuerda vocal, la diurna, el atascamiento venoso y la desigualdad pupilar.

Propone también dicho autor como signo precoz de esta infección la sensibilidad particular respecto de la presión de algunas apofisis espinosas mientras los demás permanecen insensibles.

Esta diferencia se acentúa más si se repite la palpación feniéndose a un lado durante la maniobra, la sensación de que las apofisis espinosas sensibles (comprendidas por lo general entre la segunda y la sé-

tima vertebra dorsal) son algo más blandas y más elásticas que las otras.

Para atribuir a este sintoma un valor diagnóstico es preciso que la diferencia de sensibilidad sea bastante apreciable y que se manifieste de igual manera en cada palpación. De este modo sin constituir un medio infalible de diagnóstico de la tuberculosis de los ganglios bronquiales, la espinalgia merece figurar entre los signos de probabilidad más recomendables.

Cita Roussel como signos poco conocidos la con-
del gran pectoral cuando se percute sobre el y la f

del ante brazo por contracción del bíceps al percutir el pectoral mayor.

También hace constar que cuando se percute ligeramente el pecho con la extremidad del índice doblada en forma de gancho se provoca un dolor más o menos vivo que se marca sobre todo en la región subclavicular en una zona limitada arriba por la clavícula abajo por la tercera o cuarta costilla. Mas hacia afuera suele verse esta zona dolorosa sobre el union del hombro. Según el autor este dolor no depende de la piel sino de las masas musculares subya-

centes y lo atribuye a una neuritis refleja o a una
 mielitis por propagación pero que en todo caso se su-
 perpone exactamente a lesiones de pleuritis secas del ver-
 tice.

Las primeras alteraciones de sonido a la percusión las
 encontramos por encima de la clavícula teniendo gran
 importancia la menor extensión del sonido en un lado
 comparado con el otro. Los vertices pulmonares enfer-
 mos por una extensión menor que los sanos, se retraen
 y el sonido producido por encima de ellos se extiende
 solo dos o tres centímetros por encima de la clavícula

A veces donde se notan los primeros signos de sub-
macidez es en las fosas infra espinosas por empujar las
infiltraciones en este caso por la parte posterior del pul-
món permaneciendo las anteriores intactas mas

o.

Kröning afirma que tiene una gran importancia el
hacer la percusión de los vértices para el diagnóstico pre-
coz pues la más ligera infiltración se traduce por mo-
dificaciones del sonido que se hace más o menos mu-
ro tan pronto como las granulaciones tuberculosas
invaden el vértice pulmonar.

Fernet sostiene que al lado de los signos ^{de lesión 56} del vértice se observan otros que indican alteraciones diferentes puntos del aparato pulmonar encontrándose en las bases pulmonares una disminución de la sonoridad por la percusión.

La auscultación tan rica en síntomas cuando se trata de tuberculosis confirmada, no lo es tanto en el período precursor del padecimiento.

Como los pulmones no son órganos completamente rígidos y fijos por todas partes, la posición de sus vértices, no está exenta de anomalías sin que por esto exista.

en ellos alteración patológica, máxime cuando el
 parénquima vesicular confusa inmediatamente
 tubos rígidos que pueden modificar los sonidos.

Por esta razón aún en individuos que fregan con
 frecuencia las sus vértebras pueden observarse anoma
 en el ruido respiratorio normal principalmente en
 las fosas supra espinal y supraclavicular derecha
 en donde puede notarse una respiración bronquial
 sin que exista alteración en el parénquima pulmo
 nar, sobre todo en sujetos muy flacos.

Hay que tener presente además que los ruidos

respiratorios en los verticales son con frecuencia débiles porque en esas regiones, principalmente cuando se hace una gimnasia imperfecta del tórax los movimientos respiratorios ejercen muy poca influencia.

Tomando en cuenta estas observaciones, las primeras anomalías del murmullo respiratorio consisten en la espiración prolongada y aspera. Muy pronto la inspiración se hace lo mismo, adquiriendo un tinte de soplo bronquial en ambos ruidos.

Es también de importancia la respiración entortada que consiste en un ruido inspiratorio vesicular inte-

trumpido por pausas cortas y bruscas. La existencia de este ruido es muy frecuente en puntos donde, mas tarde se comprobaban evidentes alteraciones pulmonares.

Concede ~~Sartain~~ gran importancia al retardo del movimiento respiratorio en uno de los vértices dado que una adherencia pleuritica en esta region se acompaña de lesión pulmonar. El retardo cruzado de los movimientos respiratorios que se manifestase por ejemplo en el vértice derecho y en la base izquierda, seria indicio de una infiltración del vértice derecho y de una pleuresia e la base del pulmón izquierdo

Ensen su significación en los primeros estudios de la tuberculosis los estertores en las fosas supra espinal y supra claviclar. A menudo no se perciben en la respiración ordinaria y solo se comprueban después de algunas golpes de tar; consecuencia a causa de su fugacidad son tan ligeros que fácilmente pasan inadvertidos. Es difícil decidir si estos estertores son debidos a la presencia de líquidos en las bronquios o a la adherencia distensión de las paredes alveolares durante la inspiración. La alteración de estructura de la pared de los bronquios y la presencia de líquidos en ellos

son los dos fenómenos que existen en los primeros periodos de los procesos tisiógenos.

Debemos colocar entre los fenómenos del periodo inicial un ruido sistólico de la arteria subclavia. Esta arteria se cruza con el vértice pulmonar que sobresale por encima de la clavícula y en la extensión de cerca de una pulgada pasa tan rasante a ella que parece unida a la hoja parietal de la pleura. Por esta razón es probable que después de efectuada la adherencia de las hojas pleuríticas en esta región, la atrofia de los vértices puede hacer cambiar la dirección de la arteria sobre

todo en los fuertes movimientos respiratorios. Ahora bien, en tubos elásticos los estrechamientos parciales en su calibre producen ruidos como puede demostrarse comprimiendo cualquier grueso tronco arterial.

De aquí es que un ruido sistólico percibido en la subclavia y por tanto en la mitad externa de la fosa supraclavicular puede considerarse como sintoma de adherencia de las hojas pleuríticas al respectivo vértice pulmonar cuando solo se oiga durante la inspiración o sea mas claro durante ella.

Figura entre los sintomas iniciales una expe

cial escutabilidad del corazón y una constante frecuencia del pulso sin elevación de temperatura. Este hecho que es muy corriente se atribuye a la anemia y se nota mejor estando el individuo de pie que acostado, aumentándose mucho por el más pequeño movimiento o el más leve disgusto. Este pulso frecuente es blando depresible y cuando hay elevación térmica no se observa en él la tensión ^{propia} de las fiebres inflamatorias.

El Dr. Papillon dice que la taquicardia en el curso de la tuberculosis pulmonar se halla en relación directa con la disminución de la tensión arterial.

En los comienzos de la enfermedad antes de que aparezcan los signos estatóscópicos, la presión arterial, disminuye el pulso se acelera y se puede notar un síntoma muy fugaz, el pulso de Wells, caracterizado por un aceleramiento invariable del ritmo del pulso, sea cual fuere la posición del enfermo. Cada acceso agudo se acompaña de aceleramiento del pulso; en cambio cuando el proceso marcha a la curación el pulso se normaliza y la presión arterial se eleva.

Arthaud cree que esta taquicardia podría

establecerse por el trabajo mas considerable del corazón, que es la consecuencia obligada de la disminución de permeabilidad de los pulmones al aire.

Entre los sintomas precursores que estallan en plena salud y parecen ser frecuentes las hemoptisis. Verdad es, que no toda hemoptisis es tuberculosa pero si que toda sangre de hemoptisis tuberculosa contiene bacilos. Segun Saccoud la tisis de forma hemoptoica es la que con mas frecuencia y con mayor rapidez puede ser atajada.


La sangre expectorada se presenta unas veces en

pequeñas cistrias y otras en gran abundancia, pudiendo hasta ocasionar la muerte no solo por la pérdida sanguínea, sino por la asfixia producida por la obstrucción de las vías respiratorias. Esta sangre es clara mezclada con aire, se expulsa por golpes de tos violentos que la hacen salir por nariz y boca y se acompaña con frecuencia de vómitos.

Las hemoptisis suelen ir precedidas de síntomas de excitación cardíaca, sensación de opresión, aumento de temperatura y sabor dulce.


El Dr. Hergenhin de Zurich, distingue entre las he

hemoptisis una intermitente que se observa en un periodo precoz de la tisis pulmonar. He aqui como describe tales casos: un enfermo atacado de infiltración del vértice es acometido bruscamente de accesos de tos por la mañana al despertar y despues de haber expulsado algunos espantos empieza a vomitar una cantidad mas o menos considerable de sangre: luego la hemorragia se detiene para reproducirse al dia siguiente en las mismas condiciones. Estas hemoptisis pueden repetirse ocho a veinte veces consecutivas y hasta en ocasiones dos o tres ataques



en un mismo día. Con frecuencia van seguidas de accesos febriles y de una exacerbación de los signos físicos conteniendo bacilos los esputos y la sangre expectorada.

La tos es un sintoma muy variable en intensidad pero que jamás falta por completo y esta casi siempre en relación con el curso del padecimiento. Disminuye cuando este se alivia y aumenta en el caso contrario. Hay sin embargo grandes contrastes en los diferentes periodos de la enfermedad y en un mismo individuo.



Ai mientras que unos apenas tosen otros son atormentados por este sintoma durante toda su enfermedad hasta el punto de que los violentos esfuerzos de aquella les determinan cansancio, sudores inusuales y vomitos por lo cual se llama emetizante. Esta tos suele hacerse mas pertinaz a ciertas horas por la mañana al levantarse y por las noches al procurato de acostarse. La primera se replica porque durante el sueño es difícil exteriorizar el acto reflejo y para provocarle es preciso que el estimulo se acumule pudiendo considerarse como tal estimulo la secreción

que durante el sueño se efectúa. Los paroxismos de tos provocados al acostarse se explican a su vez por una mayor hiperemia en las partes afectas así como por una mayor dificultad para expulsar la secreción ambas atribuidas al decubito.

Segun Hanot la tos del convaleciente es por lo general poco marcada y sin caracter particular. Algunos enfermos no se dan cuenta de ella y afirman que no en. Parece que vagamente inquietos, tienen reconocer una intona amonazador, lo disminuyen y convulsion, en cierto modo sugestionados, por obvi-

vidarlo. En los nerviosos la tos es incesante y espas-
módica independiente de toda adenopatía traqueobron-
quial.

Los exputos varían mucho según los enfermos pues
mientras unos apenas expectoran, otros arrojan cada
día grandes cantidades. En ocasiones al principio
de la enfermedad falta la expectoración siendo la tos
completamente seca, lo cual depende de que las alte-
raciones anatómicas empiezan fuera de los bronquios
y sin participación de la mucosa.

En los primeros períodos el exputo es usualmente presen-

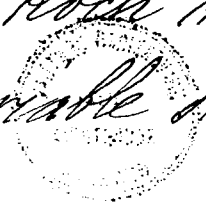
42
tar caracter alguno distintivo y solo al cabo de algun tiempo va adquiriendo aspecto vitreo y pegajoso, asi como un color grisaceo rojizo dependiente de los globulos rojos. Mas adelante cuticulan estrias de sangre se hacen globulosos compactos e introducidos en agua se van a fondo.

El examen microscopico del excreto como su forma propia revela elementos anatomicos diversos. Se encuentran celulas endoteliales procedentes de la descomposicion de la mucosa de la boca y de la laringe mas raramente celulas epiteliales cilindricas

procedentes de las fosas nasales, de la parte posterior del velo del paladar o de la mucosa de los bronquios. También se encuentran células epiteliales pequeñas procedentes de las terminaciones bronquiales o de los alveolos juntamente con globulos de pus.

Ninguno de estos caracteres es patognomónico de la tuberculosis. Un solo elemento es característico de los exputos tuberculosos: el bacilo de Koch.

Ahora bien; veamos que valor diagnóstico tiene la presencia de bacillus en los exputos. Koch asegura que aunque en cantidad muy variable siempre



se encuentra el bacilo en la expectoración de los tísicos en todos sus periodos. Palms y Trautail afirman cuando este se encuentra en gran abundancia se trata de casos graves y tisis de marcha rápida y que en cambio su menor cantidad seria un signo favorable. Segun ellos en la tisis de marcha lenta los bacilos son pequeños sin esporos y en los de marcha aguda grandes y con muchos esporos.

Lichtheim ha encontrado bacilos en tuberculosos en primer periodo en que todavia no se notaban os signos fisicos pero estos casos son excepcionales.

Al principio de la enfermedad cuando la tos es seca y
muitosa y la expectoración escasa y mucosa, los baci-
os por lo general no se encuentran porque la expecto-
ración procede de los bronquios y no de las profundi-
dades del pulmón.

Graucher estudia la presencia de bacilos, en los
esputos como signo precoz de tuberculosis afirmando
que el bacilo puede faltar en los esputos no solo al
principio de la enfermedad sino hasta cuando
se halla confirmada por los signos físicos y fun-
cionales. Demuestra que a pesar la aparición

de los bacilos para hacer el diagnóstico es perder un tiempo
o preciso en una enfermedad en que la terapéutica
es tanto más eficaz cuanto más al principio se in-
tervenga, asegurando que la aparición del bacilo coin-
cide con la fase ulcerosa de la enfermedad y que no
uede ser considerada de un modo general entre
signos precoces de tuberculosis.

Reasume Grancher sus estudios en las conclusio-
nes siguientes: 1.ª Los signos precoces de tubercu-
sis pulmonar (alteraciones de la respiración prin-
cipalmente de la inspiración) preceden a la tos y

a la expectoración un largo periodo de tiempo. 2.^a La presencia constante de bacillus es un signo cierto pero no es un signo precoz.

En contraposición de esto cita Graeber los casos de ciertas formas raras de tuberculización pulmonar que revisten la forma de una pneumonia, pleuropneumonia o bronquitis difusa o cuando la lesión ocupa primitivamente la base del pulmón. En estos casos la presencia del bacilo es el primer signo cierto de diagnóstico pues permite afirmar la naturaleza tuberculosa del proceso cosa que no pareciera de

mostrar los signos físicos y funcionales. En estos casos mas numerosos de lo que se cree la presencia del bacilo es no solo un signo de certeza sino que ademas es primer indicante de la naturaleza de la enfermedad.

En resumen los bacilos de la tuberculosis pueden faltar al principio de la enfermedad durante el periodo de incubacion del tuberculo. Las inyecciones de tuberculina de Koch pueden en ciertos casos de tuberculosis inicial en los que los exentos no contienen bacilos, demostrar por la reaccion que determinan la pre-

21

señala de estos.

La ausencia de bacilos en los exudatos confirmada por repetidos exámenes es un buen signo para distinguir la tuberculosis de ciertos catarrros crónicos, de la dilatación bronquial, lesiones sífilíticas ulceradas del pulmón, abscesos de este órgano, abertura de una pleuresia interlobular o de un quiste hidatídico en los bronquios etc.

Ceissier de Lyon afirma que la albuminuria puede con bastante frecuencia ocurrir sea independientemente de toda determinación brightica

constituir uno de los síntomas premonitores de la tuberculosis y esto muchos meses antes de aparecer toda determinación visceral. Este estadio albuminúrico de la infección tuberculosa es mas frecuente en los jóvenes y casi siempre se observa en la tuberculosis hereditaria. No puede achacarse a la fiebre y a falta todavía ni a la disnea que generalmente tampoco existe en este periodo ni a la dispepsia origen posible de ciertas albuminurias en los tuberculosos. El autor la considera como heredada propia del terreno apto para tuberculizarse,

considerándola como estado preparatorio o antecedente
 "la invasión del bacilo de Koch y a la evolución gra-
 nítica.

Esta albuminuria pretuberculosa es intermitente
 y casi siempre de ciclo regular siendo más abundante
 e por la mañana al levantarse presentando los ex-
 cremos un cierto grado de poliuria nocturna en
 los, diurna en otros. La orina de la noche es pali-
 da turbia, deja depositar con el reposo cierta can-
 tidad de moco, la del día es más oscura y da por
 enfriamiento un abundante sedimento de ura-

tos, oxalatos y oxaluratos. Este orden puede alternar o apareciendo la orina pálida de día y la oscura de noche siendo por tanto el orden de aparición indiferente. Lo que si es habitual esta presencia de albumina en la orina descolorida, la densidad elevada del líquido urinario y su reacción muy poco ácida o neutra.

Las proporciones de la albumina evacuada varían de veinte a ochenta centigramos en veinte y cuatro horas. Una parte de ella se coagula en los grumos en el fondo del tubo de experimentación.

=

el resto persiste en estado de difusión en el líquido que queda turbio. Si añadiendo gota a gota ácido nítrico la albumina forma un disco de espesor variable que presenta un tinte blanco opaco pues las materias colorantes faltan casi completamente. La leutitud con que la albumina precipita y la densidad aumentada de la orina se explican por la abundancia de sales sobre todo de fosfatos terrosos. Este aumento en dichos fosfatos no puede imputarse a la existencia de una iserasia ácida que producen en la sangre pro-

oraciones exageradas de ácido láctico y por consiguiente la disolución de los fosfatos térreos que forman en la estructura del esqueleto vivo que debe achacarse más bien a una desmineralización de las vísceras sobre todo del pulmón.

También presenta esta orina una disminución en los elementos figurados y un aumento bastante sensible en la toxicidad.

La desaparición de esta albuminuria sin mejoría del estado general constituye a menudo un signo precursor de determinaciones bacilares.

sobre el pulmón pues esa albuminuria premora-
suele eclipsarse ante las localizaciones vis-
cerales de la infección.

Otro de los síntomas importantes entre los primo-
ritores es la fiebre. Sin embargo respecto de ésta se
ha dicho poco en tal sentido considerándola so-
lamente como expresión de las lesiones ya avanza-
das.

M^r. Chuguet expone el siguiente experimento
que no deja de tener importancia en el princi-
pio de la enfermedad: Reconociendo al enfermo

que pase durante una hora diez días consecutivos
y que tome su temperatura al volver del paseo y una
hora después. Si la diferencia entre estas dos tempe-
raturas llega a cuatro o cinco décimas, dice el au-
tor que hay motivo para sospechar la tuberculosis.
En la mujer un signo de presunción consiste en
una elevación de cuatro a ocho décimas uno o
dos días antes de presentarse el período a pesar
del absoluto reposo.

Claro es que siendo siempre la fiebre un acto de
protesta por parte del organismo contra las mas

diferentes causas patológicas no puede concebirse aque
en el tuberculoso como indicadora de un porvenir
atológico sino como una demostración de la exis-
tencia del mal ya constituido. Pero dentro de esta
afirmación puede distinguirse en cierta la fiebre
como reacción de procesos inflamatorios, en este
caso específicos, más o menos extendidos y la fiebre
como consecuencia de reabsorciones de materiales
tóxicos con diferente intensidad. Corresponde
a la primera esa febrícula del principio de
la tuberculosis cuyos caracteres son muy es-

oresivos y en la segunda la de los periodos avanzados con cavernas y productos purulentos. Los sintomas de aquella, pues de esta no debemos ocuparnos, son escalofrio vespertino ligero, tanto que suele pasar desapercibido para el paciente; enfriamiento de los pies y manos que se interpreta como nervioso por regla general, rubicundez en las mejillas, ojos brillantes, labios secos, sed, cefalalgia, cansancio, respiración frecuente, piel seca, pulso agitado, anorexia y tendencia irresistible al decubito horizontal. Aquellos escalofrios


exigen del paciente un escaso de abrigo y por este como tambien por una tosecilla repetida de coquecilla larvigena seca que lo sacude violentamente conchuye sudando casi siempre ya de madrugada, solo por la frente y parte alta del pecho y cuello. Es frecuente observar en dicho sudor aunque sea ligero, como extraño, ademas de la localizacion indicada un olor especialísimo que algunos autores han comparado con el del semen seco en lieuzos, dandole una importancia casi decisiva entre los sintomas precoces.

La elevación térmica no es muy alta: pero la única reconocida por la columna termométrica en las 24 horas es siempre mayor de un grado. Los 38° décimas más o menos de las noches vienen seguidas de 36,6 con poca diferencia indicando así el del organismo su extremo cansancio por el trabajo o para el exceso de la madrugada anterior. Este cuadro sostenido semanas y meses es de la mayor importancia para fijar la atención del práctico.

Dicha fiebre la considero siempre como sínto-


matica de pequeñas alteraciones de nutrición en
territorios mas o menos extensos del tejido pulmon
por tanto en razón directa de las mismas por lo
que se refiere a su intensidad.

Nó siempre se manifiesta en muchos dias sucesivos
sino que suele venir por periodos cortos que corres-
ponden a brotes repetidos de lesiones locales y enton-
ces el enfermo llama a cada uno de ellos un nuevo
catarro, resfriado o romadizo, con los cuales se
encubre frecuentemente el principio de la verda-
dera tuberculosis.



Aunque no muy usada hoy, no deja de tener importancia para el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar, la espirometría, pero cuando no se han podido comprobar otros síntomas será sospechoso todo individuo que de una capacidad respiratoria de 500 cc menos que el minimum normal.

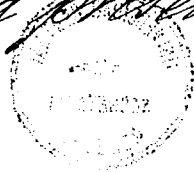
Bronardel tomando el trazado de la respiración en muchos tísicos ha podido notar que difieren de los de individuos sanos en la fusión de las líneas de espiración y vaciudad. La resultante sigue primero el ascenso ordinario, luego se invierte



suavemente para cesar de un modo brusco y continuarse con la línea de inspiración por un ángulo muy marcado.

La duración total de la línea es de tres a cuatro segundos más larga por tanto que las sumas de las líneas de espiración y vacío en la respiración normal.

Los trazados de los tuberculosos son comparables entre sí en todos los periodos de la afección presumiendo solo diferencias de amplitud. Segun dicho autor ninguna otra enfermedad presenta trazados iguales.



Waldenburg ha sacado del estudio de la espirometría las conclusiones siguientes: 1.^a La fuerza de presión inspiratoria es la primera que disminuye en la tisis; 2.^a la de presión espiratoria es la primera que disminuye en el enfisema y enfermedades que lo provocan y 3.^a sea cual fuere la fuerza que disminuya primero su debilitación trae consigo la de su congenera.

Segun Bonardel el estado de las potencias respiratorias es, a poca diferencia, el mismo en los simplemente enfisematosos que en los enfisematosos

con tuberculos estacionarios pues la inspiración se muestra en ambos casos más poderosa que la espiración. Pero la relación entre las presiones inspiratoria y espiratoria no es ya la misma pues si en el enfisema tuberculoso la fuerza inspiratoria es superior a la espiratoria, no lo es más que en diez milímetros mientras que en el enfisema puro lo es de veinte treinta y hasta de cuarenta milímetros.

Mr. Arboing ha hecho observaciones que demuestran la posibilidad de hacer un diag-

rostico precoz de la tuberculosis por la seroaglutinación cuando clínicamente no existen o existen en cantidad mínima los signos reveladores de la afección que evoluciona insidiosamente.

Este sero diagnóstico es más delicado que el de la tífidea pues el poder aglutinante es mucho menor en el bacilo de Koch que en el de Eberth. Además como término de comparación hay que tener presente un surotipo. Según el autor este procedimiento es mucho mejor que la tuberculina porque no exige sino una pequeña incisión

en la yema del dedo de la cual se extrae un cuarto de centimetro cubico de sangre, y porque la reacci^{on} se efectua en vitro y no en el organismo del enfermo.

Mouquard y Bonnard se ocupan tambien de las rapididades aglutinantes del suero de tuberculosos haciendo notar que la reaccion macroscopica no puede ser suficiente por si para el diagnostico, pero que sin embargo los depositos grumosos hacen prever un sero diagnostico positivo los coposos negativos. La inmovilizacion de

los bacilos es tanto mas patente, cuanto mas positivo es el sero diagnóstico y coincide con la presencia de minucrosos aglutinados.

Grasset y Vedel emplean las inyecciones de tuberculina para hacer un diagnóstico preciso de la afección que nos ocupa.

Preparan la tuberculina haciendo una dilución al $\frac{1}{10}$ en agua fenicada al 5×1000 . Un gramo de esta dilución puesto en medio litro de agua hervida nos da otra al 1×1000 continuando por tanto cada centímetro cúbico dos de

cinos de miligramo de tuberculina. La técnica que emplean es la siguiente: dejan el enfermo en cama y toman su temperatura tres o cuatro días por mañana y tarde; después con la asepsia necesaria hacen una inyección en el muslo de dos decímetros de miligramos y posteriormente otra de cinco tomando la temperatura tres o cuatro días por mañana tarde y noche.

Dicen que por este procedimiento no han notado en ningún caso, absceso, acción local ni reacción y que no se corre el peligro de hacer tuberculosos a individuos que no lo son pues la tuberculina es un veneno bac-

seriano pero no un virus atenuado. El único peligro posible consiste en la agravación de los síntomas presentes por el empuje de reacción. Los autores creen que empleando dosis mínimas no excediendo de cinco decimos de miligramos la reacción no ofrece ninguna especie de inconveniente. Esta reacción suele aparecer dos horas después de la inyección y no suele durar más de cuarenta y ocho.

El Dr. Girot utiliza para el diagnóstico la reacción que dan los tuberculosos por las inyecciones subcutáneas de suero artificial.



Se sirve de la solución siguiente.

Cloruro de sodio — 5 gramos

Sulfato de sosa — 10 id

Agua destilada — 1 litro

o bien de esta otra

Cloruro de sodio — 6 gramos

Sulfato de sosa — 10 id

Sulfato de magnesia — 2 id

Agua destilada 1 Litro

Practica la inyección debajo de la piel del abdomen un poco a la derecha y por bajo del ombligo


a dosis de veinte centímetros cúbicos en los adultos. Si se trata de sujetos indolores de tuberculosis pulmonar no se observa ninguna reacción térmica durante las nueve horas siguientes a la inyección. En cambio en los tuberculosos apiréticos se presenta la fiebre con temperaturas de 38° a $39,6$ no recobrando la ordinaria hasta pasadas veinte y cuatro horas.

Para obtener buenos resultados de esta reacción que es inofensiva hay que tomar la temperatura varios días antes del experimento para asegurarnos de que no hay fiebre.


=

Luego se toma en seguida de poner la inyección y tres, seis y nueve horas después, no debiendo tomarse según Girot como reacción positiva ninguna temperatura inferior a 38° .

Steker, de la facultad de Medicina de Gießen, señala el hecho de que el yoduro de potasio a dosis de cincuenta centigramas a un gramo diario provoca en los casos sospechosos de tuberculosis pulmonar signos de catarro a nivel de las partes afectas así como una expectoración más o menos abundante en la cual pueden descubrirse los bacilos de Koch.



Después tarde Tetlesen de Gristianica ha empleado este mismo método dando tres cucharadas comunes por día de una solución de yoduro de potasio al 1,5°. Al cabo de dos o tres días aumenta la tos y la expectoración, ya la auscultación se perciben estertores sonoros a nivel de ciertas partes del pulmón cuyo estado anormal no se había manifestado antes por ningún síntoma preciso. En vista de esto el autor recomienda este procedimiento como bueno para reconocer la verdadera naturaleza de las catarras sospechosos de los vértices.



Boucharod y Blande emplean los rayos X para el diagnóstico de la enfermedad que nos ocupa. Practicando el examen radioscópico del pecho en un sujeto sano y delgado se observa que por delante los pulmones son completamente transparentes mientras el esqueleto se proyecta en negro. A la derecha a partir de la cuarta costilla se ve una línea curva de convexidad superior circunscribiendo una zona de oscuridad completa debida al hígado recubierto por el diafragma. El corazón forma una sombra que rebasa un poco el borde derecho del esternón y se marca a la izquierda de

este hueso por un ovoide cuya extremidad se dirige abajo y a la izquierda. Los grandes vasos de la base se hallan por lo general disimulados detrás del esternón.

A la izquierda del corazón a nivel de la sexta costilla la transparencia del pulmón aparece detenida por una línea negra formada por el diafragma.

Por detrás el examen radioscópico del tórax normal muestra en negro la columna vertebral, las costillas y las espinas de los omóplatos mientras que todo lo demás de estos huesos deja por lo general de revelarse.


Una transparente de los pulmones se oscurece un

poco por encima de la espina del omóplato donde las partes blandas son más gruesas. A la izquierda esa zona es en parte oscurecida por la sombra cardiaca la cual rebasa algo la columna vertebral y está limitada abajo por la línea oscura del diafragma, descansando sobre el hígado a la derecha y sobre el estómago e intestinos a la izquierda.

Con ayuda de los rayos X se pueden figurar sobre el pecho las lesiones denunciadas por el examen físico y comprobar su localización y extensión después de haber trazado unos puntos a guisa de jalones limitando

las lesiones con tiras de papel de plomo pegadas sobre la piel o proyectando las sombras torácicas sobre una pantalla cuadrículada.

La radioscopia suministra datos paralelos a los que arroja la percusión dado que la transparencia y la sonoridad pulmonar se hallan igualmente bajo la dependencia de la cantidad de aire contenida en los alveolos. Si todas las alteraciones que disminuyan o impidan la penetración de aire se traducen sobre la pantalla radioscópica por otras tantas sombras u opacidades completas.

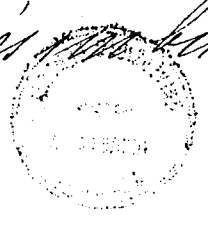


En la tuberculosis incipiente la radioscopia revela a veces en varios puntos de los pulmones una ligera sombra en el vértice o un puntado de pequeñas manchas que se destacan sobre fondo casi transparente. Estos cambios son debidos a las neoformaciones y congestiones que existen en el primer periodo. Un signo de impermeabilidad en los vértices es que las sombras de las clavículas no queden bien marcadas.

En un periodo más avanzado de tuberculosis aparecen opacidades casi completas que corresponden a infiltraciones pulmonares considerables con tenden-

cia al reblandecimiento. Las partes caseificadas se traducen por manchas completamente opacas.

Si existe derrame pleurítico en la base se manifiesta una zona oscura disminuyendo la línea negra del diafragma y limitándose arriba por una línea oblicua o curva de concavidad superior, mientras que una opacidad intensa en la parte media del pulmón revela un derrame interlobular. La variabilidad de las sombras de un día a otro debida a modificaciones del derrame es un buen signo de la presencia de líquido.



Las adherencias y falsas membranas forman una faja de opacidad variable y difícil de determinar.

En la tuberculosis latente cuando el sujeto tiene todas las apariencias de salud perfecta y no presenta ningún síntoma físico o funcional que indique lesión de los órganos torácicos, puede por este procedimiento descubrirse una condensación de los vértices o una tumefacción de los ganglios del mediastino o un engrosamiento de la pleura que nos sirvan para sentar el diagnóstico.

La aplicación de los rayos X será igualmente

útil para descubrir las lesiones tuberculosas que se disimulan bajo el disfraz de la anemia, la clorosis, de la dispepsia o de la neurastenia. También pueden descubrir una pleuresia diafragmática cuyas manifestaciones son a veces muy atenuadas. Solo los rayos Roëntgen mostrando el engrosamiento, la deflexión y la inmovilidad de la sombra diafragmática pueden indicar que la pleura se halla afectada.

No quiero prolongar más la serie de síntomas pequeños, llamados premonitorios que pueden conducirnos al conocimiento prematuro de la enferme

dad porque temo traspasar los límites de esta memoria. Basta con lo expuesto para que podamos llegar al diagnóstico anticipado y por tanto al tratamiento conveniente mucho antes de lo que se ha hecho hasta hoy, aprovechando pequeños indicios como sumandos que reunidos nos dan casi la certeza en el juicio clínico.



Paso a ocuparme de la segunda parte o sea del tratamiento de la tuberculosis por los procedimientos de catáforesis por corrientes de alta tensión con formol y del cinamato de sosa en inyecciones intramusculares tal como ha sido propuesto últimamente por el distinguido clínico Dr. Sanchez Herrera.

Para esto tengo necesidad de hacer una protesta de fe en materia de patogenia de la tuberculosis único motivo racional para distinguir con fundamento científico el valor de los agentes terapéuticos recomendados. De no hacerlo

así habríamos de continuar por el camino del empirismo esperando siempre del azar fortuito lo que debe buscarse por la observación y el raciocinio.

Aunque nuestra ciencia sea esencialmente experimental hemos de conceder que los hechos se prestan a muy diferentes interpretaciones y que de la rectitud de estas depende el que no se lleguen a los mayores errores mediante la inducción y la deducción. Los hechos observados pues, serán nuestra base, pero la apreciación de los mismos, su enlace, sus leyes y la generalización con

tienen que someterse siempre al más reflexivo, y a la más severa lógica.

Yo, profeso con Hort la idea de que el hombre puede tuberculizarse por dos vías diferentes, por la respiratoria que puede llamarse vía externa y la tuberculosis provocada por ella, exógena y por la vía interna vascular que daría por resultado otra forma de producción llamada endógena.

Creo que una y otra provocan iguales fenómenos de evolución en los tejidos y que el proceso de ambas queda reducido a uno de la nutrición, en condiciones

escepcionales por parte del organismo recipiente.

Segun esto, el bacillus que llega con el polvo y con el aire inspirado a la cavidad alveolar sirve en esta de estimulante vivo, siempre más activo que el cuerpo extraño muerto, por su funcionalismo vital, sus secreciones propias y sus residuos de descomposición consecutivos a su muerte. Y cabe que todos estos fenómenos aunque pequesísimos, cada uno considerado aisladamente, por su multiplicación prodigiosa lleguen a constituir en su conjunto un factor importante para despertar

=

Energías, reacciones y procesos conservadores en la trama de los tejidos vecinos, tanto más pronunciados aquellos, cuanto más vasculares sean estos. Tratándose del pulmón no ha de ser pequeña la acción defensiva y las primeras avanzadas como vanguardia orgánica han de ser la inflamación el acumulo de sangre, proliferación de los elementos celulares de los vasos finos y formación de pequeños infartos que llegan a obliterarlos formando trombos. Después de esto y multiplicándose el fenómeno de reacción ha de venir

la induración perivascular y la necrobiosis
consecutiva en los territorios bañados por dichos
vasos. He aquí ya formado el terreno del cultivo
que provocó la misma semilla aprovechando las
leyes del funcionalismo de la vida; si ahora se
inicia bacillus perfora y alcanza los infar-
tos y los focos necrobióticos como es corriente
dentro de la ley de conservación porque se rigen
todos los seres vivos y de la lucha natural por su
existencia tendremos ya constituido el foco
tuberculoso con todos sus caracteres.

Si por el contrario la formación es del segundo grupo o endógena por los vasos llegará el agente que ha de provocar iguales fenómenos con la obliteración de las arteriolas aferentes, el infarto, la falta de riego y la necrobiosis donde se desarrollan hasta el infinito los dichos germines.

La diferencia en este segundo grupo es que el bacillus procede de órganos glandulares, ganglios bronquiales, traqueales y principalmente las amígdalas. Así lo ha demostrado Gaudier observando ganglios del mediastino, cervicales,

bronquiales y amigdalas con el bacilo de Koch perfectamente comprobado en individuos que no murieron de tuberculosis. Pudo también comprobar la existencia de un ganglio del mediastino adherido a un vaso sanguíneo y el paso del bacilo a través de las paredes intactas.

Emphas por tanto que la condición precisa para la evolución del bacillus con todas sus fatales consecuencias es un proceso de la nutrición, una transformación del tejido fisiológico que ha de darse más o menos fácilmente según las con-

diciones individuales. En este concepto me explico perfectamente la predisposición y concibo también la herencia términos que pudieran traducirse como patológicamente por facilidad a trabajo embólico, y muerte por induración, o reblandecimiento, en los tejidos muy vasculares a los estímulos más insignificantes.

También dentro de este criterio se explica la virulencia porque si no se producen los fenómenos vitales dichos el bacillus en condiciones de abono quedaría estéril.

Ahora ya, dentro de estas ideas generales, desde que empezó el primer fenómeno local hasta la formación cavernosa podemos explicar todos los síntomas clínicos que hemos venido exponiendo, dándoles su exacto valor.

Siendo tan variada la reacción vital producida por una misma causa en diferentes individuos se explica que hasta con la unidad baci el proceso desarrollado varíe al infinito en su marcha forma e intensidad.

Una espina de cierta planta, una astilla pe-

queña de palmera la hemos visto producir en uno un pequeño proceso inflamatorio, casi fórmiculado, en otro un fleumón circunscrito y en un tercero un fleumón difuso que provocó la necesidad de amputación alta en el brazo derecho y la muerte como consecuencia. En medicina pues las mismas causas no producen siempre iguales efectos y como aquí estos son las enfermedades, la importancia diagnóstica y terapéutica radica precisamente en las últimas.

Hay más, iguales efectos pueden ser producidos

por causas diferentes, y se comprende porque el organismo vivo tiene leyes que rigen todos sus actos fisiológicos y patológicos y como aquellas son estables en la manera de funcionar, al ser provocadas lo hacen siempre con perfecta regularidad sin modificarlas en esencia la naturaleza del estímulo. Hay pues que emplear el apellido cuando queremos distinguir el origen de procesos iguales y en clínica llamamos al proceso ulcerooso indurativo etc. de pulmón, tuberculoso cuando se demuestra por análisis la presencia del bacilo de Koch y con otro sobre-

vombre al mismo trabajo cuando no lo contenga
o no pueda demostrarse.

He mos aquí ya en el camino científico
del tratamiento de la tuberculosis pulmonar que es
a donde vamos dirigiendo todos nuestros esfuerzos.

Para curar a un enfermo de ésta cualquier
método o procedimiento empleado debe cumplir
dos indicaciones precisas. Es la primera provo-
car reacciones locales que modifiquen las le-
siones primarias, origen del cambio anatómico
de los tejidos, y volverles las condiciones de vida

2

talidad fisiologica que perdieron y que los hicieron terreno apto para la evolucion microbiana. Es la segunda, matar el exceso multiplicador de estos pequeños seres y con ellos sus productos toxicos que son siempre de consecuencia funesta para el organismo afecto.

Para cumplir ambas indicaciones se ha propuesto el tratamiento por corrientes estaticas de alta tension y la cataforesis con el formal, al mismo tiempo que las inhalaciones de oxigeno y el baño de aire caliente.

Con la atención fija solo el primer grupo mirando más al procedimiento vital desarrollado en el pulmón que al agente bacilar. acepta el Dr. Sanchez Herrera como medicamento curador del dicho proceso el cinamato de sosa. En vista la muerte y desaparición del bacilo se persigue quitándole las condiciones de vitalidad por hacer el terreno estéril para su cultivo.

Desde luego se comprende que en la química ambos métodos deben distinguirse por sus efectos. En aquél han de desaparecer primero los bacilos

y mas tarde vendrá la modificación del estado local con su fiebre etc; en este primero se modificaran estos y a la larga irán desapareciendo los dichos bacilos como confirmación del proceso, terapéutico que cada uno ha de desenvolver.

Pero expongan los fundamentos y casos clínicos de cada uno para jugarlos en la práctica.

El Dr. Labadie en una comunicación al Congreso Americano sobre la tuberculosis (Mayo de 1901) ratifica sus ideas expuestas el año 1.900 al Congreso celebrado en Paris afirmando ya con

datos clínicos que la electricidad estática puede cumplir las dos indicaciones fundamentales en el tratamiento del tuberculoso mejorando las condiciones generales del enfermo y transportando los medicamentos por catáforesis sin producir perturbaciones en el estómago.

Citables los efectos fisiológicos de aquella sobre el cuerpo humano que son: regular todas las funciones del organismo, mejorar el apetito, la digestión, el sueño, el pulso, la temperatura, la oxidación, la excreción, la secreción, la irritabilidad ner-

viosa, en una palabra aumentar el metabolismo.

Dice además que las chispas por sus perturbaciones mecánicas traen consigo grandes cambios moleculares y obran como el masaje, vibración etc.; pero en un grado muy superior, es decir, que la electricidad estática produce un restablecimiento general progresivo.

Afirma después que la misma electricidad se basta para destruir el bacilo según el lo ha confirmado y en su apoyo cita una comunicación del Dr. Doumer que dice que en pocas sesiones

obtuvo la desaparición de los sudores y de la fiebre, la disminución de la tos, el cambio de la expectoración de purulenta en mucosa y por último la desaparición de los bacilos de los exputos después de tres, cuatro o cinco meses de tratamiento según las condiciones del enfermo. También el profesor May de Filadelfia ha usado la electricidad estática con buen resultado.

A pesar de esto cree el mismo Fr. Labadie mejorar el tratamiento con la adición de la cataplexis estática. La primera idea de esta se debe al pro-

fesor Privati de Venecia en 1747 el cual ensayo con
 éxito el transportar sustancias medicamentosas
 a través del cuerpo humano mediante corrientes.
 Despues Manduyet, Becquird y Beckenstewier y el
 quimico Parival hablan del modo mas científico
 del transporte de las sustancias ponderables por las
 descargas eléctricas. Estos dos últimos señores hicie-
 ron el siguiente experimento bastante demostra-
 tivo. Un paciente sentado sobre el taburete ais-
 lador tiene en una mano una pequeña canti-
 dad de solución de almidón. El operador des-

pues de sumergir la punta de su electrodo en yodo lo aproxima a la otra mano del paciente y al producirse la chispa la solución de almidón se pone azul lo que prueba que el yodo ha sido transportado. Una chispa sin yodo no produce ningún cambio sobre la solución.

Quedo así comprobada la posibilidad de transportar los medicamentos al sitio enfermo sin molestar el estómago lo cual se consigue no solamente por la electricidad estática sino también por la corriente galvánica continua e

interrumpida. Esta misma idea sostiene los pro-
 cesos Etheridge, Arthius, Fouget, Foveau de Cour-
 melles, Lambert de la Touche Riviere, Gautier y otros
 que han llegado a emplear la cataporesis para el
 tratamiento de la anemia con el hierro de la sífilis
 con el mercurio y de otros padecimientos con sus
 medicamentos indicados.

Aceptando estos fundamentos como indiscu-
 tibles por los hechos, el Dr. Fraga empieza el
 tratamiento de la tuberculosis pulmonar
 en su clínica y presenta una estadística

de 43 casos prácticos cuyos resultados son: curación de todos los tísicos de primer periodo, lo mismo que habian asegurado en 1900 Labadie y Ducamp; 50% de curaciones en los de segundo periodo, 25% menos que las conseguidas por estos experimentadores y 40% mejorados en los de tercer periodo de los cuales 42% los considera curados a los restantes con notable mejoría aunque presentando todavía en sus desgarras el bacilo tuberculoso.

Se hace un tratamiento el Dr. Fraga con potente

máquinas estáticas o franklinianas que pueden desarrollar en buen tiempo seco de 20 a 25 y hasta 30.000 volts. Esta enorme tensión basta por sí sola para producir modificaciones muy ventajosas en los tuberculosos sobre todo en los síntomas más molestos de tos expectoración y sudores provocados con ello un bienestar general que los acompaña desde sus comienzos.

Emplea la cataforesis estática conformalicia consiguiendo la transusión del aldelido forónico por medio de la electricidad a través de

la piel. Para ello se vale del vaporizador del Dr. Horvorka con formalina al 40% advirtiéndose mucho, e debe atenderse a la sensibilidad especial de cada enfermo y a la mayor o menor resistencia de la piel a la acción de la chispa y a la de la malina.

Con dicho instrumento se produce hacia la décima aplicación una erupción con picor que se calma mediante vaselina borricada y que desaparece a los tres o cuatro días. Por esto se debe descansar de diez en diez sesiones pues

de no hacerlo así se producirían ulceraciones abscesos. En cuanto a la duración de cada sesión debemos guiarnos por la sensibilidad de la piel al medicamento y tener presente que esta es razón inversa de la tensión que la máquina desarrolle debiendo suspenderse la sesión que es por lo general de ocho a diez minutos cuando se presente en la piel una coloración rosada subida. Después de 15 a 20 aplicaciones se reemplazará el Hovorka por un electrodo común para aplicaciones galvanicas o fara-

=

dicas embebido en una solución de formalina.

La duración total del tratamiento es como mínimo uno o dos meses pero no puede fijarse porque varía mucho según el período de la tuberculosis y según los enfermos.

De los casos observados por el Dr. Fraga presta siete que se refieren a individuos de 20 a 30 años en primer período de la enfermedad con signos físicos apreciables y comprobándose en seis de ellos los bacilos en los esputos. En todos se ha observado el remitir los síntomas

de la sexta a la décima aplicación superando
 con la fiebre y sudores que desaparecen los prime-
 ros. También ha mejorado el apetito con aumento
 muy sensible del peso del cuerpo y hacia la 25^a ó
 30 aplicación han desaparecido por completo
 los bacilos de los esputos.

No puedo citar las tres observaciones siguientes:
 1.^a J. O. B. natural de Sevilla de 34 años de edad
 casado de oficio sombrerero. Cuenta que un her-
 mano suyo murió de una enfermedad del
 pecho que no puede precisar y que él no ha

padecido enfermedades en su infancia. Afirma que siempre fue propenso a catarrros de pecho y que hará 6 años contrajo uno más agudo con fiebre, sudores, tos, pérdida de apetito y de fuerzas, del cual no se ha visto después curado.

Con periodos de alivio y exacerbación alternados, viene luchando pero siempre demandándose hasta el punto de que no pudo continuar su oficio o por temporadas su aun andar, impidiéndoselo la gran fatiga respiratoria que le soaba. No había tenido hemoptisis y los expe-

2

torados eran muy abundantes.

Asistido por diferentes profesores desde el principio durante los seis años habia recorrido todas las medicaciones conocidas sin éxito alguno. Guayacol puro y yodoformado, creosota, clorhidro fosfato de cal, cacodilato de sosa, arrhenal, vejigatormios sin cuento, botones de fuego, trinitros amargos, temporadas de campo, aguas azoadas artificiales en bebidas e inhalaciones y naturales con cuatro temporadas en la Alameda.

El resultado terapéutico de todo esto lo decía su

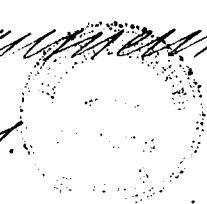
estado actual al observarlo nosotros el 17 de Junio
último. Era un sujeto flaco, alto, anémico de torax
estrecho y deprimido que respiraba fatigosamente
con tos muy molesta y expectoración difícil. El ape-
tito era nulo, las deposiciones diarreicas y la fiebre
continua alcanzando una máxima diaria de
38,5 a 39°. Por percusión se nota un sonido ma-
te en ambos vértices principalmente en el derecho
y por auscultación estertores y ruidos cavernosos
muy acentuados en el mismo pulmón. Hecho el
análisis de los exputos se encuentran muchos

=

bacilos de Koch.

145

El día 19 de Junio empieza el tratamiento por la electricidad estática y el formol. A la quinta aplicación desaparece la fiebre, a la décima empieza a renacer el apetito y no siente el enfermo el gran cansancio que tanto le molestaba. El 8 de Julio se hace un nuevo reconocimiento de los esputos encontrándose una disminución bastante apreciable en la cantidad de bacilos. El enfermo tose menos la expectoración es más fácil ha aumentado de peso y puede dar largos paseos.



El 1 de Agosto no se encuentran bacilos en los
 esputos pero sin embargo los signos físicos persis-
 ten. En la actualidad no han vuelto a presentar-
 se los bacilos ni la fiebre, todos los síntomas han
 remitido, el enfermo se dedica a sus ocupacio-
 nes, no quedan más que ligeros estertores super-
 ficiales en el pulmón derecho y el estado general
 es bastante bueno.

2.^a M. R. 38 años, soltera. Su padre y un her-
 mano murieron de tuberculosis pulmonar. Tu-
 berculosa en tercer periodo con grandes ester-
 t

144

tores cavernosos en ambos pulmones. Abundantísimos bacillus de Koch.

A instancias suyas y a pesar de lo avanzado de la enfermedad, se le empezó a tratar por la electricidad y el formal sintiendo la enferma un gran bienestar después de cada aplicación lo que le hacía deseárlas con gran entusiasmo. Fallece después de la novena aplicación.

Debe constar esta observación porque a pes de tratarse de un caso completamente perdido se modificaron la disnea y el estado general

=

de un modo apreciable.

148

3.^a S. L. 32 años, casado, natural de Sevilla no tiene antecedentes tuberculosos en su familia. Dice padecer hace dos años un catarro crónico al que no dio importancia hasta hace dos meses en que se le presentó una fuerte hemoptisis. Es un individuo de pequeña estatura, linfático y bien nutrido. Presenta a la percusión una matidez del vértice izquierdo. Por auscultación se notan abundantes estertores en dicho pulmón y soplos bronquiales compensadores en el dere-

=

cho. En los esputos se encuentra el bacilo del
Empieza el tratamiento el 1 de Setiembre. A los
15 dias han desaparecido por completo los bacilos.
En la actualidad han mejorado todos los sinto-
mas encontrandose el estado general muy bueno
y con aumento en peso de cuatro kilos.

De las observaciones expuestas se deduce que el
metodo de Grötte consigue llevar las dos indica-
ciones fundamentales del tratamiento en la tu-
berculosis expuestas anteriormente.

En efecto la catoforesis franklinica con for-

malicia se desenvuelve en un doble acción de tónico por las corrientes eléctricas y bactericida por el formol. La primera consigue mayor actividad en las funciones generales del individuo enfermo principalmente de la nutrición, el apetito, la digestión el sueño la temperatura y las secreciones llegando a elevar por completo el metabolismo.

Así se ve en las observaciones citadas que desde las primeras diez aplicaciones el enfermo, come, duerme, repone fuerzas y gana

—

en peso sintiendo bienestar general. Hay sin
duda un estímulo de los centros nerviosos que
alcanza hasta los vasos motores y por él las fun-
ciones debilitadas desde la célula simple al
organismo completo van recobrando su activi-
dad dinámica notablemente disminuida cuan-
do no perdida por la acción de las toxinas y
por las predisposiciones individuales. Resulta
pues un tónico de primera fuerza y un es-
timulante activísimo que sin causar al
estomago llega mas pronto al termino

que el conseguido con la supra alimentación y la farmacopea.

No hay un clínico que no esté conforme en aceptar este aserto: toda medicación que mortifique el estómago y aparato digestivo del tífico debe ser desechada ipso facto como nociva para el paciente. Y como la electricidad llega al objeto no solamente sin causar la función digestiva, sino antes al contrario beneficiándola con el estímulo de sus glándulas propias y la mayor contractilidad de la fibra lisa; tenemos por precisión que concederle supremacía ante otros agentes y aceptarla como


un medio eficaz para tóxicar el organismo. Pasa a esta acción general, la ducha de chispas loco doliente y tendremos también por ello un modificador de las lesiones anatómicas del pulmón.

Sumple también la indicación de matar el bacilo mediante la formol. Nadie pone en duda hoy la acción bactericida del formol, y como según las experiencias citadas las comientes pueden llevar sus efectos a los micos microbianos es indudable que estos han de recibir golpes ciertos de muerte. Así lo confirman los casos clínicos expuestos y por diferentes exa

menas bacteriológicos se ve en los del D.^r Fraga y en los números 1 y 3 de los mismos que el bacilo de Koch ha ido disminuyendo hasta desaparecer en proporción directa de los cambios beneficiosos del estado general del enfermo y del número de aplicaciones y en algunas tan pocas que no parece posible considerar dicho efecto dependiente de la modificación nutritiva sino de la acción directa del medicamento empleado. El método de Grötte por tanto como dice Labadie entona al enfermo y mata el bacilo, p. doble acción simultánea, hechos confirmados también por el Doctor Moragas de Chile.

Vengamos ahora al método que llamamos del

D^r. Sanchez Herrera porque Landeher no hizo más que poner las bases del mismo con nociones tan indefinidas que hubieran pasado al olvido sin el estudio minucioso que hace del cuimato de rosa aquel distinguido clínico en su última obra titulada Tratamiento curativo de la tuberculosis pulmonar dada a luz en el corriente año. No trato de hacer un estudio crítico de dicha obra, ni tengo autoridad para ello en el objeto de esta memoria me lo permitiría. Busco solo las bases del tratamiento y expongo los resultados que he conseguido porque como dije estudio la cues-



tién desde el punto de vista práctico y a este únicamente se dirigen sus investigaciones.

La primera necesidad sentida ante el enfermo es conocimiento de las dosis precisas de cinamato de sosa para llegar a conseguir la curación. Y respecto a este punto es bastante explícito el Dr. Sanchez Herrera. Después de estudiar la acción del cinamato establecida por Landener y haber empleado las dosis indicadas por este autor con todos sus temores y precauciones, ante un caso de urgente necesidad se atreve a subir la dosis y de $\text{Cgr } 0,25$ miligramos llega de pronto

a 12 centigramos y continua diariamente elevándola cuatro centigramos pasando por tanto por 16, 20, 24 y 28 hasta llegar a 32, dosis todas aplicadas por el mismo en el sitio de elección sin llegar a distinguir aquellos fenómenos congestivos, esclerosantes y destructores que tanto pavor suscitaban con las de Landreer.

Esta primera observación seguida del mejor éxito y sin complicaciones debidas al medicamento fue la base de nuevas exploraciones en la dosificación y por ellas el autor citado llega a la conclusión

=

158

práctica siguiente: El vinicato de sosa en disolución al 4% puede emplearse sin temores en las dosis correspondientes a 12 centigramos para empezar aumentándola cada dos o tres días cuatro centigramos con exploración de sus efectos.

De este modo se ha llegado por el Dr. Sanchez Herrero a 12 centigramos por día inofensivamente para el enfermo y hasta con notable mejoría en los síntomas principales de la enfermedad. Yo por mi parte puedo añadir en confirmación de esto que en la enferma de mi observación n.º 1 siguiendo los

=

consejos del autor y buscando un alivio no consiguiendo con la dicha dosis elevé gradualmente hasta dar durante varios dias un gramo veinte y cinco centigramos por sesion. Más adelante expondré algunas consideraciones sacadas del dicho caso práctico.

Respecto del sitio de aplicación y manual operatorio cualquiera es bueno para conseguir la acción mecánica pero se escogen las regiones de mas masa muscular para hacerlas profundas con objeto de que la absorción sea mas rápida. En mi práctica las he puesto de preferencia en el sitio de elección

o sea entre las escápulas y la espina dorsal como sitio¹⁶⁰
de condiciones anatómicas convenientes.

En cuanto a la acción del cinamato en la tuberculosis pulmonar el autor citado nos da la siguiente teoría basada en hechos clínicos: El cinamato de sosa obra como una especie de estimulina para despertar y activar la función bucofaringea y la total función defensiva contra los microbios de la tuberculosis y contra las toxinas.

Dice también que el hecho de la aglutinación de los bacilos tiene que ser debido a una aglutinina producto leucocítico según todas las probabilidades.

=

Después la desaparición de los bacilos de la expectoración de cuyo hecho solo la fagocitosis puede dar cuenta. Mas tarde la desaparición de la tos y de la expectoración en que ha de intervenir el proceso reparador de las lesiones, está a los leucocitos en gran parte encomendada.

Por último la cicatrización de las lesiones tuberculosas y la curación de las perifimicas y parafimicas incomprensible sin la destrucción de sus causas que solo o casi solo los leucocitos pueden realizar.

Si la condición esencial de una teoría es que de perfecta cuenta de los hechos que trata de explicar,

la teoría de la acción estimulante y tónica sobre los leucocitos del cinamato lleva por completo a quella condición.

Dice el autor que se le podría argumentar que hacia del cinamato un medicamento universal contra toda clase de infecciones y no un específico de la infección tuberculosa pero esto lo rebate afirmando que cada estimulina, estimula la función defensiva en general y la bactericida en particular de un modo completamente diferente y adecuado a cada particular infección por lo mismo que cada agente infeccioso

ataca las defensas orgánicas a su manera. 163

Venios pues, que prescindiendo de desquisiones estériles, para explicar la acción del medicamento aceptada como base el hecho de curarse algunas veces la tuberculosis espontáneamente por los solos esfuerzos de la naturaleza y este hecho bien demostrado constituye su primera premisa del razonamiento. Deduce de esto que hay en el organismo vivo una fuerza o función bucofítica defensiva contra el bacilo tuberculoso y contra sus toxinas afirmación también indudable que constituye la

segunda premisa.

Y de estas dos saca la conclusión siguiente que encaja en buena lógica dentro de aquellas: Todo medicamento que estimule una función defensiva orgánica, cualquiera que fuese el procedimiento de su acción, puede curar la tuberculosis del mismo modo que lo hace la naturaleza.

Pues bien, este medicamento para el Dr. Sanchez Ibarra es el citamato de sosa y la acción que desarrolla en el organismo enfermo para dicho objeto es la que designa con el nombre genérico de es-

stimulina que representa bien el concepto que quiere expresar en el fenómeno clínico? Pero puede distinguirse la manera de obrar de la dicha stimulina? Directamente no, porque la patología experimental no ha resuelto las diferentes incógnitas que envuelven el problema, pero indirectamente por las historias que siguen algo puede establecerse.

En primer lugar la acción no es contra el agente bacilar. Se prueba el orden de desenvolvimiento que llevan los síntomas de alivio cuando este se consigue: primero cede la fiebre, después las sudores

la tos, la anorexia, más tarde la taquicardia, los estertores, los roncus, la matidez y en último término los bacilos. Parece pues que se han ido regularizando las funciones parciales y generales antes que desaparezca el bacilo y que esto disminuye lentamente perdiendo virulencia y toxicidad a medida que van disminuyendo las condiciones pecanas para su vitalidad. No es por tanto su acción bactericida directa, es una acción tónica reparadora, estimulante fisiológica defensiva que cumple una sola de las dos indicaciones exigidas al medicamento

2

curador de la tuberculosis.

¿Pero se basta el cinamato de sosa para conseguir este desideratum con tanto anhelo buscado? Segun los casos clinicos del Dr. Sanchez Herrero publicados en su obra hay que contestar afirmativamente, por los de otros profesores que han venido empleandolo meses seguidos con verdadero amor hay todavia ^{seu} indecisas que resolver la curación de la tuberculosis.

¿Es tan seductora esta idea? Curar la tuberculosis equivale a salvar de una muerte segura

millares de millares de criaturas, casi todas en la
florecente de su edad, cada año segun las estadísticas. ¿Po-
dria darse algo mas obsequioso para el médico? Por
esto el tratamiento con el cinamato tuvo desde su pu-
blicación tantos prosélitos y los tiene, por esto tam-
bién los casos clínicos, son ya tan numerosos y de ellos
debemos valer nos para sacar las conclusiones legi-
timas sin ideas preconcebidas ni apasionamientos.
Solamente por este camino sincero y leal llegó la
ciencia a dar su valor práctico a la tuberculina
de Koch que fue objeto de estudio para todos los

sabios del mundo médico y así llegará también
a juzgar del suero antituberculoso propuesto en
estos días por Marmorek y con el cual se viene
practicando repetidas experiencias. Nuestra esta-
dística de casos propios y ajenos consta de 25 casos.
Exceptuando alguno especial irán expuestos la mayo-
ría en conjunto para ser breve, detallando solo
los datos importantes de la acción medicamentosa
tanto positivos como negativos y sus resultados
finales principalmente sobre el estado general
sobre las lesiones locales con sus bacillus.

1.º G. S. de 23 años de edad natural de Sevilla. Su padre murió de tuberculosis laríngea. Dos hermanos de tuberculosis pulmonar. Tiene otro hermano con la misma enfermedad.

De pequeña dice gozó de buena salud no recordando haber padecido ninguna de las enfermedades propias de la infancia. Ya en la pubertad tenía gran propensión a resfriarse.

En el mes de Mayo de 1903 empezó a sentir deglución, opresión en el pecho, disnea de esfuerzo, debilidad general, y falta de aptitud para todo trabajo síntomas a los que al principio no dio im-

portancia pero que despues fueron a continuandose y causandole mayores molestias hasta el punto de que el dia 2 de Septiembre se vio obligada a ingresar en la enfermeria de una Comunidad religiosa dedicada a la ensenanza gratuita, de la cual formaba parte.

Aqui se noto en el reconocimiento que habia una infiltracion del vertice y lobulo medio del pulmon derecho con matidez a la percusion y estertores disminuidos: asi mismo ~~habia~~ con expectoracion mucosa y fiebre vespertina de 38° a 38,

Hecho el análisis de los exputos se comprueba gran cantidad de bacilos específicos de Koch.

Le prescribimos reposo, alimentación conveniente animal en gotas y rejugiatorios; pero lejos de aliviarse la enferma va cada día peor, el apetito se pierde por completo causando gran repugnancia los alimentos, la fiebre continua, tos aumenta, se presentan sudores nocturnos y diarrea abundante que restan tantas fuerzas a la enferma, que a los pocos días se encuentra imposibilitada de moverse de la cama. Al

mismo tiempo los signos físicos iban en aumento invadiendo la totalidad del pulmón derecho.

En esta situación decidí aplicar a la enferma las inyecciones de cicamato de sosa en el sitio de elección emperando por 2 c.c. de la disolución al 4% y ascendiendo 1 c.c. cada dos días hasta llegar a 6 c.c. en cuya dosis hubo necesidad de suspender la medicación por negarse la enferma a sufrir el dolor que la inyección le producía.

Ocho días después vuelve a emperarse el tratamiento ya por 5 c.c. de la disolución y ascen-

diendo cuatro cada tres días hasta llegar a 25 cc
puestos en cada sesión. A la décima inyección se
hizo un nuevo reconocimiento de los puntos,
se la misma cantidad de bacilos y en la número
20 se hace otro con idéntico resultado.

A los 30 días de tratamiento se suspendieron las
inyecciones para dar descanso a la enferma y porque
en las dos últimas sufrió un ataque de apnea
que nos hizo temer por su vida de momento.

En las primeras inyecciones, la diarrea que
no había cedido a ningún medicamento se cortó

por completo y el apetito empezó a reaparecer, pero pocos días después volvieron la inapetencia absoluta y las evacuaciones líquidas si bien en un número.

Los signos físicos lejos de ceder fueron en aumento notándose ineficiencia de estertores y ruidos cavernosos en el pulmón derecho, empezando también a propagarse al izquierdo. En cuanto a la fiebre no solo no ha disminuido sino que fue creciendo desde que comenzaron a ponerse las inyecciones hasta alcanzar una máxima vespertina de $39,5$ a $40,3$.

En la actualidad el estado de la enferma es deplorable con gran enflaquecimiento, inapetencia absoluta, ortopnea fiebre alta y signos de numerosas cavernas pulmonares: está en la caquexia tuberculosa 2.º. R. L. 27 años. Propenso a catarros. Un hermano muerto de tuberculosis pulmonar. Peso 55 Kilos. Muchos bacilos. Soplo vértice derecho, inatidez de ambos vértices, estertores parte media pulmón derecho iniciándose la propagación al lado izquierdo. Sin de ssa 40 inyecciones. Los primeros días bajó la fiebre y aumentó el apetito pero después volvió a

subir la temperatura a 39° siguiendo así con ligeras variantes hasta su alta por petición. La tos, sudor y disnea aumentaron.

3.º M. G. 31 años. 60 Kilos. Estado general bastante bueno. Respiración supletoria en ambos vértices. Esfuerzos disminuidos en el pulmón derecho. Esputos con bacillus Koch. Guiracato en dosis creciente 45 días. Marcho muy mejorado.

4.º A. W. 29 años. 52 Kilos. Sin antecedentes hereditarios. Adelgazamiento rápido, hábito tónico, fiebre vespertina de $38,5$, sudores y disnea. Cavernas pul

mon derecho. Respiracion áspera vértice iz-
do. Analisis demuestra abundantes bacilos. Co-
mato de sosa durante 28 dias. Presentanse abun-
dantes hemoptisis y el enfermo muere.

5.º B. E. 24 años, 57 Kilos. Madre tuberculosa. Res-
piracion entrecortada vértice izquiendo. Mbatida
en el mismo sitio, disnea de esfuerzos, febrícula ves-
pertina, abundantes sudores y expectoracion sangui-
volenta. Muchos bacilos. Curamato de sosa 48
dias. Salio en el mismo estado.

6.º D. F. 35 años. 53 Kilos. Dos hermanos muertos

de tuberculosis pulmonar. Ruidos cavernosos
pulmón izquierdo. Mucha tos y expectoración
con bacilos. Fiebre y sudores nocturnos. E
to de cosa 56 días. En los primeros días remis
de todos los síntomas, después agravación p
lenta y por último muerte.

7.º J. G. 19 años. 56 Kilos. Padres tuberculosos. Res
iración entrecortada en los vértices, sudo
res fiebre, tos y expectoración con bacilos. Ci
namato de cosa durante 35 días y alta a
petición.

Este enfermo salió muy mejorado sin fiebre más intrínseca y con notable alivio en todos los síntomas sobre todo en el apetito que reapareció desde los primeros días.

8º M. B. 21 años. 52 Kilos. Sin antecedentes. Respiración áspera en los vértices, tos, expectoración con bacilos y disnea de esfuerzo. Sin fiebre. Evacuado de rosa 25 días. Salió lo

9º D. B. 18 años. Padre tuberculoso. Pocos signos físicos y éstos en los vértices, disnea, tos, y de fuerzas, ligera fiebre y expectoración

con muchos bacilos. Cuinamato de rosa 32 días y alta a petición. El análisis demuestra disminuido los bacilos pero no hay mejoría en el estado general ni ha reaparecido el apetito.

10. P. R. 31 años. Sin antecedentes hereditarios. Signos de caverna pulmón derecho, vain demacración, disnea sudores, fiebre de 38,5 a 39 los y expectoración con abundantes bacilos. Fuertes hemoptisis. Cuinamato de rosa 26 días. Agravación y muerte.

11.º J. G. 26 años. Padre tuberculoso. Respiración sofrenada, vértice irguiendo. Esteriores numerosos en el mismo pulmón. Pólo bronquiales en el derecho. Tos con expectoración abundante. Por análisis se comprueban los bacilos de Koch. Cincumato de sosa 30 días. Salio en el mismo estado.

12.º J. B. 42 años. Tuberculosis segundo periodo con cavernas pulmón derecho. Expectoración con bacilos. Fiebre y sudores. Cincumato de sosa. Desaparición de la fiebre

desde la inyeccion 20 y reaparición del apetito con mejoría de todos los síntomas. En la actualidad lleva 50 inyecciones y continúa el tratamiento.

13 D. M. 17 años. Sin antecedentes hereditarios. Dos años de padecimiento. Soplos y ruidos cavernosos el pulmón derecho. Muchos bacillus. Tratamiento por el cinamato 45 días. Ha empeorado subiendo la fiebre, aumentando las lesiones pulmonares y resentandose hemoptisis. Después de cada inyección se veía atacado de una fuerte disnea que le molestaba mucho.

14. P. G. 24 años. Padre tuberculoso. Respiración áspera entrecortada vértice izquierdo, disnea de esfuerzo, tos expectoración y ligera fiebre con sudores nocturnos. El apetito disminuido considerablemente. Pocos bacillus. Convaleciente de sosa 40 días, aumentando de peso reanunciando el apetito, modificándose las lesiones de los vértices y desapareciendo los bacilos de los exputos. Sale en buen estado.

15. F. G. 14 años. Padre tuberculoso. Grandes lesiones ulnaron izquierdo. Inapetencia absoluta y tal demacración que pesaba 23 Kilos. Fiebre ves

y sudores. Eumamato de sosa 110 inyecciones llevando a 20 cc por sesión. Bajo la influencia del tratamiento desaparece la fiebre reaparece el apetito y el enfermo mejora bastante. Los bacilos no han desaparecido de los excretos. Pesa en la actualidad 30 Kilos.

16. R. M. 32. Sin antecedentes hereditarios. Lesiones en ambos pulmones bastante avanzadas. Eumamato 25 días. Muere después de violentos ataques de disnea. Los excretos contenían muchos bacilos de R.

17. J. G. 26 años, Lesiones muy manifestas en

el vertice derecho inapetencia demacracion sudores y fiebre. Hemoptisis frecuentes. Cuinmato 28 dias. En las primeras inyecciones desaparecen las hemoptisis para reaparecer despues ^{con} tal violencia que sucumbió el enfermo. Se demostraron los bacilos en los exputos y en la sangre expectorada.

18 D. G. 24. Madre Tuberculosa. Respiración asintrecortada en el vertice izquierdo. Lesiones manifestas borde posterior del mismo pulmon. Fiebre sudores, tos y expectoracion con bacilos. Cuinmato de cosa 95 inyecciones. Desde las primeras

desapareció la fiebre y se inició la mejoría ¹⁸⁴
después se ha acentuado bastante.

19. A. G. 19 años. Dos hermanos tuberculosos. Lesio-
nes en ambos vértices, febrícula vespertina, sudores,
disminución de esfuerzo, tos y expectoración con
bacilos. Cuantitativo de soda 80 inyecciones. Ha
mejorado mucho el estado general pero persisten
las lesiones de los vértices y los bacilos en los
esputos.

20 A. F. 42 años. Sin antecedentes hereditarios.
Signos de cavernas en todo el pulmón derecho. Es-

pectoración abundante con muchos bacilos. Fi-
altas y sudores. Curamato 27 días. Muerte.

21. J. L. 18 años. Madre tuberculosa. Y
del vértice izquierdo. Disnea y tos. Pocos bacilos.
Sin fiebre. Curamato 50 días. Reaparición del
apetito y notable mejoría del estado general.

22. F. V. 27 años. Hermano tuberculoso. Les
en todo el pulmón derecho. Fiebre, disnea, hump-
tisis, tos y expectoración con bacilos. Curamato 23
días. Alta a petición sabiendo por el mismo estado.

23. C. P. 26 años. Sin antecedentes hereditarios

Lesiones pulmón derecho. Gran diuresis y abundante expectoración con muchos bacilos. Cuamato 45. Esta en el mismo estado.

24. D. N. 30 años. Padre tuberculoso. Lesiones avanzadas pulmón izquierdo. Epectoración con bacilos. Cuamato 60 días. Salio en el mismo estado.

25 H. C. 36 años. Madre tuberculosa. Lesiones avanzadas pulmón derecho. Bacilos abundantes. Cuamato de rosa 34 días. Muere después de violentos hemoptisis.

Pudiera citar además otros 12 casos que su-

primero en gracia a la brevedad y por haberse puesto en todos ellos menos de 15 inyecciones segundose los enfermos a continuar el tratamiento.

Un estudio detenido de las historias expuestas nos haria sacar conclusiones contrarias al metodo de tratamiento por el cinamato si solamente nos atuvieramos a los éxitos; pero es necesario que el medico examine todos los datos que concurren al terapeutico para dar un veredicto en conciencia.

En primer termino resalta una verdad inconcusa para nosotros y es que el cinamato ha

provocado una reacción marcadamente favorable en los enfermos n.º 3, 7, 12, 14, 18 y 21 poniéndolos en camino de segura curación por el aumento de peso, la falta de fiebre, la desaparición de bacillus y la modificación gradual de los síntomas de auscultación y de percusión, hasta el punto de permitirles hacer su vida ordinaria con todas las apariencias de la salud. Tengan en cuenta que se trata de tuberculosis graves por sus antecedentes y por sus síntomas en el momento de someterse a la influencia del

medicamento: que los signos de alivio fueron siempre en razón directa de las inyecciones aplicadas y que por tanto no pueden atribuirse mas que a éstas los resultados beneficiosos. El análisis pues, resulta en nuestra estadística un medicamento curador de la tuberculosis como en la del Dr. Sanchez Herrera si bien en proporción diferente del tanto por ciento.

Otra verdad es para nosotros que el dicho remedio no ha provocado nunca agravación de los síntomas pudiendo cuando mas argüir-

=

le por no haberlos modificado o vencido.

Considerando los números 4, 10, 17 y 25 parece que las hemoptisis que provocaron la muerte debieran atribuirse al cinamato dadas las creencias que se sustentaban acerca de la acción del mismo sobre tejido pulmonar afecto pero tengase bien en cuenta que dos de ellos las venían padeciendo, que el cinamato se empleó en período hemorrágico y no puede atribuirsele la causalidad en este hecho. Si así fuera deberíamos conceder que dicho efecto habría de presentarse en igualdad de dosis

—

en la mayoría de los enfermos que no habían tenido antes hemoptisis y como esto no está confirmado en las historias parece antieclínica la inculpa expresada. Todo lo mas que pudiera aceptarse como conclusión práctica es la siguiente: en los tuberculosos hemoptoicos debe administrarse el cinamato parcamente observando efectos y suspendiéndolo tan pronto como se vea aumentar la cantidad de sangre.

Y así ha de ser el precepto clínico porque en todos los que forman el cinamato sufren hemorra-

gias en todos los que lo toman temiendo las ya
sufren con el mayores pérdidas dándose por el con-
trario casos en los cuales se contienen como en el
numero diez y siete de mis observaciones.

Otra consecuencia que saco es que el medica-
mento no es de acción ^{tan} rápida por regla general
como me habia figurado.

En los casos de menos de 20 aplicaciones no pu-
de conseguir marcadas ventajas todo al con-
trario parecian excitarse los fermentos gene-
rales principalmente la fiebre y hasta la disnea.

Desde ese número en adelante imperaban los delirios casi siempre poco marcados al principio pero graduales necesitando algunos como los números 15, 18 y 19 llegar a 100 o cerca de ellas para alcanzar aparencias de salud.

Otro hecho práctico de mi observación es la frecuencia con que se niegan a continuar el tratamiento un gran número de enfermos por el dolor provocado con las inyecciones. En confirmación de esto pueden verse varias de las historias que terminan por haber pedido el alta precisamente

para huir de las aplicaciones por el motivo antes
expuesto. No se si realmente todo debe atribuirse
al dolor o si habia tambien parte de desconfianza
por no encontrar alivio tan pronto como
lo esperaban y porque el concepto de incurabilidad
de la tuberculosis esta arraigadísimo
en las creencias publicas. Es lo cierto que aun
observando las mayores precauciones para disminuir
el dolor protestaban diariamente
que se hubiera otra forma de administrar
del medicamento igualmente eficaz que las

inyecciones habria de ensayarse con mas seguridad durante largos periodos en el mismo enfermo y con ello habria de girar mucho la estadística.

Los tratamientos de larga duracion como el que nos ocupa exigen el juicio por parte del enfermo con imperiosa necesidad.

El caso n.º 1 tuvo que suspender las inyecciones segunda vez pues si bien sumisa a mis prescripciones no les rehusaba con negativas terminantes sufrió varias lipotimias en las ultimas y sobre todo en la final, accidente que revistió todos

los caracteres de la disnea altísima llegando casi a la suspensión respiratoria a la asistolia y a la cianosis creyéndola ya muy próxima a sucumbir por todos los síntomas apreciados.

Esto y la creencia firme en la acción del co-
ranato nos hizo administrarlo en gotas por
vía gástrica algunos días pero no pudimos es-
lorar los efectos de esta forma de administra-
ción porque se reprodujo la disnea en aque-
llos días y suspendimos toda ~~medicacion~~
interna al objeto de respetar y rehacer la fun-
ción digestiva tan importante en los tónicos

Sin embargo nos proponemos repetir la experiencia en los casos de intolerancia o resistencia invencible para las inyecciones.

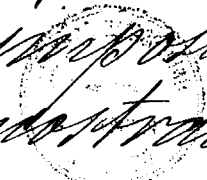
En nuestra estadística aparece un número no corto de defunciones y de insucesos pero en obsequio a la verdad debemos decir que el campo de observación ha sido en primer término el hospital y las clínicas y todos sabemos el estado en que llega el tuberculoso a demandar socorro en estos establecimientos benéficos. O se trataba de un caso agudísimo de los llamados galopantes generalmente en forma

hemoptoica los cuales casi siempre van seguidos de muerte pronta y rapida o de un caso crónico y estos van paseando por las calles sus bacilos y sembrando los suelos de exputos con cultivos florecientes, aunque sea perdiendo la vida hasta que rendidos por la fiebre y angustados por la supuracion caveruosa de sus pulmones ingresan a exhalar el último aliento en lecho hospitalario. Tanta verdad es, cuando menos en esta region andalusa donde hasta la temperatura les protege para vivir errantes, sin domicilio fijo que un reputado Profesor

=

misimo hospital llamaba a la sala de crónicos, irónicamente por su observacion de muchos años la antesala del cementerio. Casi están allí el tiempo preciso para tomar turno y que le firmen la papeleta de defuncion plevias los auxilios espirituales.

Dichos enfermos no están en condiciones de experimentar ningún medicamento y si se empleó el cinamato fue porque cuando se tiene fe en un remedio apenas la conciencia no emplearlo aunque creamos imposible conseguir buen éxito. Es la demostracion del



instinto humanitario innato en todo hombre y muy cultivado en el médico; pero si la razón fría nos guarara ninguno de ellos hubiera recibido medicación y por tanto solo debemos deducir de esto que el cinamomo no tiene la virtud ni la pretende de resucitar muertos.

Pero aparte de esto, descartados los que están ya curados o dicho más modestamente en vía de curación queda un grupo algo numeroso en el cual no se vieron resultados favorables y tampoco esto nos habla en contra del medicamento ensayado. Si hemos

diclio que este obra leutamente que se necesitan
tan muchas inyecciones (por nosotros mas de
20 como minimum) se han de verse algunos be-
neficios y como se han negado a continuar-
las cuando no han visto tangibles ventajas
en sus sintomas de mayores molestias, sola-
mente puede sacarse de ello la siguiente con-
clusion: las inyecciones de ciudamato no pro-
ducen alivio hasta que alcanzan el n.º 20 y
en adelante por termino general sin que ja-
mas produzcan agravacion y estando
indiferentes a la marcha del proceso si se

suspenden antes de alcanzar su acción terapéutica.

Ya que llegamos a este punto debemos decir que hemos apreciado en el tratamiento por el cinamato casi constantemente los tres efectos de todo medicamento o sean los fisiológicos los terapéuticos y los tóxicos.

Se nos han manifestado los primeros del tercero al cuarto día, cuando por el aumento gradual de 4 centigramos hemos llegado a 24 o 30 y consisten casi siempre en sensación de plenitud torácica: el enfermo decía que res-

piraba más, expectoraba mejor, conciliaba algo el sueño, disminuían sus sudores y todo él se tonificaba en términos generales. Mas fuera de pulso mejor color en sus facies, expresión en la mirada más apetito mejores digestiones, en una palabra los efectos de un estimulante vital.

Distinguiamos los segundos de los 60 centigramos en adelante varios días sostenidos y se expresaban por descenso de la fiebre, aumento de peso, disminución de los bacilos, según análisis y modificación de los procesos locales.

del pulmón distinguida principalmente al oído. Vós hacia el efecto del proceso reparador en las fneumonías catarrales difusas cuando vienen reponiendo tejidos y disminuyendo su campo de acción por días. Así después de muchas inyecciones siempre con la dosis sostenida, se distingue recoger sus límites la caverna, desaparece el ruido anfrónico y poco a poco sustituir la negación de ruidos, convertida en este caso en afirmación de la existencia de un tejido cicatricial. Para llegar a esto hemos puesto mas de 100 inyecciones.

=

El tercero o tóxico lo hemos visto plenamente confirmado en nuestro enfermo n.º 1. Una angustiosa exclamación ¡me ahogo! siguió inmediatamente a las dos últimas inyecciones casi con la aguja dentro todavía, y en la final fue tanta la alteración, que no pudo hablar y por señas expresó con sus ojos desmesuradamente abiertos y sus manos suplicantes que se asfixiaba. Así era; nos horrorizó ver su cara cianótica, fría y los supremos esfuerzos inspiratorios de aquel ser para librarse de morir asfixiado. Parecía que el aire no entraba en

los pulmones y a pesar de la elevación torácica forzada, la de los hombros, de las grandes depresiones en los hoyos supraclaviculares una fuerza superior paralizaba el acto hemático y carbonizaba su sangre, recordándonos las grandes crisis de los colapsos cardíacos con detención rápida de la circulación pulmonar. Y como el hecho no fué uno solo, como lo habíamos visto bosquejado en los dos anteriores no tuvimos inconveniente en atribuirlo al acto operatorio idea que se comprueba al desaparecer cuando presuros termino al mismo. Pero ¿cómo

explicarnos el accidente? Desde luego lo atribuimos a la dosis porque habiamos llegado por estos dias del accidente a 26 gramos de la solucion aceptada al 4% y por tanto habiamos visto los fenomenos toxicos del cinamato que dice el Sr. Gaucher Herrero no haber observado ni poder precisar en que consistieran. En nuestro enfermo no se dieron antes con dosis mas cortas en 20 sesiones ni despues de suprimido el medicamento, luego se debio a la saturacion en los tres dias de 1 gr. 25 centgr; como dosis alta.

Para ser explicación me atengo a las ideas aceptadas y si la acción indudable del cinamato es sobre la circulación dando lugar a las evoluciones reparadoras de los procesos pulmonares, cuando se va administrando en dosis progresivas y graduadas esa misma acción exagerada por dosis masivas se convierte en causa del accidente probablemente por influencia directa y excesiva sobre las corrientes vaso motoras y sobre el peneumogástrico. Y el espasmo de los capilares el de los bronquios y hasta la alteración de las co-

arrientes del corazón pudieran explicarnos esas grandes crisis apnéicas y asistólicas que tanto me alarmaron en el caso citado.

Me atrevo a deducir de esto para la práctica que las dosis deben ser graduadas desde 12 hasta 70 u 80 centigramos aumentando de lenta como afirma el Señor Sanchez Herrera pero que no deben pasar de un gramo sino en casos excepcionales de resistencia o tolerancia individual y siempre con una observación muy atenta sobre los efectos tóxicos indicados.

Hemos llegado, al término de este modesto

Trabajo y de él sacamos las siguientes conclusiones como corolarios de las ideas sustentadas en el mismo.

- 1.^a La tuberculosis pulmonar es curable por las ras defensivas del organismo segun repeti hechos comprobados en autopsias.
 - 2.^a También se han conseguido curaciones por diferentes procedimientos terapéuticos segun confirman estadísticas y profesores de la mayor autoridad científica.
 - 3.^a Ningun tratamiento hasta hoy se considera de eficacia curativa en la generalidad de los tuber-
-

culosos. No hay por tanto un método de tratamiento universalmente aceptado sino procedimientos defendidos por grupos mayores o menores de adeptos.

4.º Las probabilidades de curaciones en Clínica están siempre en razón directa del citodiagnóstico. Es por lo mismo de la mayor importancia la aplicación de todos aquellos síntomas, por muy insignificantes que parezcan, considerados como precursores de la tuberculosis del pulmón.

5.º Los tratamientos curativos dirigen sus esfuerzos unos contra el bacillus, otros contra la lesión

del Tejido y alguno contra ambos factores. 215

6.º De todos los propuestos en estos tres grupos merecen nuestra atención el de la catáforesis estática con aplicaciones de formol y el del currimiento de soda del Dr. Gaucher y Herrero. Los demás vienen perdiendo concepto principalmente aquellos que mortifican el estómago alterando la función digestiva. También se han desechado las nuevas inyecciones de suero propuestas en estos días por el Dr. Marmorek a la Academia de Medicina de París.

7.º Con la catáforesis según el procedimiento de Labadie Goussier conseguido tonificar rápidamente

las fuerzas en seis sesiones y han desaparecido los bacillus por completo antes de 20 en enfermas de tuberculosis leuita ulcerosa del pulmon derecho tratado durante seis años por todos los procedimientos sin resultado positivo. Este caso y otros varios nos autorizan para seguir observando confiados en la eficacia de las corrientes y del formul.

8.^a El cinnamato de sosa en inyecciones intramusculares nos ha demostrado una accion directa eficaz sobre las lesiones pulmonares primero y sobre los bacilos mas tarde obteniendo con el de una curacion segun los sintomas.

=

9.^a No estamos autorizados para decir que dichas curaciones sean definitivas dado el corto plazo de nuestras observaciones.

10.^a El cinamato de sosa no es un medicamento sirofeensivo y puede comprometer seriamente las funciones respiratorias y cardiacas en las dosis altas o masivas que para nosotros son de 90 centigramos en adelante.

11.^a Los efectos del medicamento son lentos en general pero constantes cuando se sostiene la medicación con ascenso gradual mas de dos meses.

12.^a Este procedimiento resulta ineficaz como todos

cuando se emplea en los últimos meses de enfermedad, envenenado ya todo el organismo con las toxinas microbianas y las reabsorciones purulentas.

13ª: Conviendría obtener la misma eficacia terapéutica por otras vías de administración del cinnato porque los enfermos se resisten al dolor de la inyección, sostenida durante meses, resultando de la mayor parte de las observaciones interrumpidas. Hemos ensayado una vez la administración por la vía digestiva sin éxito.

14ª: Mientras no tengamos otro agente medi-

cial de acción parecida y sin los inconvenientes del llamado seguidor empleándolo con la esperanza de obtener un tanto por ciento de curaciones mayor que por los otros hasta hoy aceptados.

He dicho:

Sevilla y Enero 1904



Juan de la Rota e Illanes

Administrador
J. M. J. J.

Administrador
Adolfo M. J. J.

Calificación obtenida de la Obsecución

Padre de la Obsecución

El Presidente

Julian Collin

El Secretario

J. Ferrer

El Secretario

El Secretario

El Secretario

El Secretario